

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Julie Melicharová

**Vztah mezi halucinacemi a self-disturbances u pacientů
se schizofrenií**

**Association of self-disturbances and hallucinations in
schizophrenia**

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Praha 2019

Konzultant práce: MUDr. Yuliya Zaytseva, Ph.D.

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Mgr. Markétě Niederlové, Ph.D. za trpělivé vedení, podporu a cenné rady. Děkuji jí také, že se ujala vedení mé práce. Děkuji své konzultantce MUDr. Yuliyi Zaytsevě, Ph.D., že mi důvěřovala a nabídla spolupráci na komplexním tématu, odborně mi pomáhala a podporovala mě v obtížných fázích.

Děkuji také celému týmu, který se podílel na sběru dat. Zároveň si vážím spolupráce se všemi pracovišti, které nám umožnily sběr dat, jmenovitě chci vyzdvihnout Národní ústav duševního zdraví v Klecanech, kde se nachází spousta ochotných a profesionálních lékařů. V neposlední řadě chci také vyjádřit poděkování všem účastníkům studie, kteří se rozhodli dobrovolně pomoci výzkumnému bádání.

Kromě všech výše zmíněných lidí, bez kterých by tato práce nevznikla, chci také poděkovat svým blízkým za jejich podporu. Své rodině, která mě podporovala od začátku studia, a hlavně svému partnerovi Michalu Pikolovi, který tu pro mě po celou dobu byl a jehož nekonečné podpory a pomoci si velmi vážím.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 16. prosince 2019

Julie Melicharová

Klíčová slova

Schizofrenie, Self-disturbances, halucinace, fenomenologie, self

Keywords

Schizophrenia, Self-disturbances, Hallucinations, Phenomenology, Self

Abstrakt

Schizofrenie je spojená s narušením všech psychických funkcí, ať už se jedná o myšlení, řeč, motivaci, vnímání nebo celkové prožívání světa a sebe sama. V teoretické části je popsán průběh schizofrenie a její symptomy se zaměřením na sluchové halucinace, se kterými má nějakou zkušenost zhruba 70% lidí se schizofrenií. Hlavním přínosem teoretické části je pak shrnutí pojmu self-disturbances, které zahrnuje například ztrátu kontroly nad částmi psychického prožívání, rozvolnění hranic mezi jedincem a okolním světem a další podobné aspekty, které jsou pro člověka, jenž je nezažil, takřka nepředstavitelné, a i pro jedince, kteří narušení prožívání svého já zažívají, jsou těžko popsitelné. V práci jsou přiblíženy teoretická východiska pojmu self-disturbances i aktuální přístup a zároveň jsou popsány dosavadní poznatky. V první části výzkumu bylo ověřeno, že nově vytvořený nástroj pro měření self-disturbances dosahuje dostatečné vnitřní konzistence. Výsledky další části pak potvrdily, že míra self-disturbances se liší mezi pacienty se schizofrenií a zdravými dobrovolníky a to i ve všech jednotlivých oblastech. Poslední výzkumná část našla určité souvislosti mezi aktuálně prožívanými auditivními i vizuálními halucinacemi a prožíváním self-disturbances. Konkrétně se pak například ukazuje, že self-disturbances v oblasti sluchového vnímání pozitivně koreluje se závažností auditivních i vizuálních halucinací a zároveň celkové problémy s rozlišováním reálnosti podnětů napříč všemi modalitami také pozitivně korelují jak se závažností auditivních halucinací, tak i se závažností halucinací vizuálních.

Abstract

Schizophrenia is accompanied by distortion of all mental functions, including thinking, speech, motivation, perception or general experiencing of the world and oneself. Theoretical part of the thesis describes the process of schizophrenia and its symptoms with focus on auditory hallucinations, which roughly 70% of people with schizophrenia have some experience with. Main contribution of the theoretical part is the summary of the self-disturbances concept, which incorporates for instance loss of control over parts of mental experience, disruption of boundaries between the person and its surroundings and other similar aspects that are for a person who never experienced them almost unimaginable, and are difficult to explain even for an individual who does experience these disturbances of oneself. The thesis puts theoretical outcomes of self-disturbances into perspective, as well as current approaches and knowledge. First part of the research validates that the newly developed method for measurement of self-disturbances acquires sufficient internal consistency. Results of the next part confirm that the self-disturbances measure varies among patients with schizophrenia and healthy volunteers in all of the individual domains. Last research part presents relationships between currently experienced auditory and visual hallucinations and experiences of self-disturbances. For instance it seems that self-disturbances in the auditory perception area correlates positively with severity of auditory and visual hallucinations, and at the same time overall problems with differentiating objectivity of stimuli among all modalities also positively correlate with severity of auditory hallucinations as well as that of visual hallucinations.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	11
ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 SCHIZOFRENIE.....	15
1.1 PREVALENCE.....	15
1.2 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ	16
<i>1.2.1 Premorbidní fáze</i>	<i>16</i>
<i>1.2.2 Prodromální fáze</i>	<i>17</i>
<i>1.2.3 Propuknutí a psychotická epizoda</i>	<i>17</i>
<i>1.2.4 Dlouhodobý průběh</i>	<i>18</i>
1.3 SYMPTOMY.....	18
<i>1.3.1 Symptomy podle Schneidera</i>	<i>18</i>
<i>1.3.2 Pozitivní a negativní symptomy</i>	<i>19</i>
1.4 DIAGNOSTIKA PODLE DIAGNOSTICKÝCH MANUÁLŮ	19
<i>1.4.1 DSM-5.....</i>	<i>20</i>
<i>1.4.2 MKN-10</i>	<i>20</i>
<i>1.4.3 MKN-11</i>	<i>21</i>
1.5 DRUHY SCHIZOFRENIE	21
2 HALUCINACE.....	22
2.1 AUDITIVNÍ HALUCINACE A SCHIZOFRENIE.....	23
<i>2.1.1 Vlastnosti slyšených hlasů</i>	<i>23</i>
<i>2.1.2 Počet a četnost hlasů</i>	<i>24</i>
<i>2.1.3 Obsah hlasů</i>	<i>24</i>
<i>2.1.4 Reagování na hlasy.....</i>	<i>25</i>
<i>2.1.5 Další charakteristiky hlasů</i>	<i>26</i>

2.1.6	<i>Auditivní halucinace a ostatní duševní onemocnění</i>	26
3	SELF-DISTURBANCES	27
3.1	JÁ V KONTEXTU SELF-DISTURBANCES.....	27
3.2	VZNIK POJMU	28
3.2.1	<i>Studie s meskalinem</i>	28
3.3	SOUČASNÉ PŘÍSTUPY	29
3.3.1	<i>Srovnání teoretických přístupů k SD</i>	31
3.4	METODY MĚŘENÍ SD	32
3.4.1	<i>EASE</i>	32
3.4.2	<i>EAW</i>	33
3.4.3	<i>The Inventory of Psychotic-Like Anomalous Self-Experience (IPASE)</i> ..	34
3.4.4	<i>Self-Experience Life-time Frequency Scale (SELF)</i>	35
3.4.5	<i>Cambridge Depersonalization Scale (CDS)</i>	35
3.4.6	<i>Ego Pathology Inventory (EPI)</i>	36
3.5	SOUČASNÉ VÝZKUMY	36
3.5.1	<i>Výzkumy spojené s EASE</i>	36
3.5.2	<i>Výzkumy s použitím ostatních metod</i>	38
3.6	VZTAH MEZI HALUCINACEMI A SELF-DISTURBANCES	38
	EMPIRICKÁ ČÁST	40
4	ÚVOD DO VÝZKUMNÉ PROBLEMATIKY	41
4.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU	42
4.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY DRUHÉ ČÁSTI VÝZKUMU	42
4.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY TŘETÍ ČÁSTI VÝZKUMU	43
4.4	VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	43
4.5	ZKOUMANÉ PROMĚNNÉ	43
4.6	VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY PRO DRUHOU A TŘETÍ ČÁST VÝZKUMU.....	45

5	METODY A DESIGN VÝZKUMU	47
5.1	VÝVOJ ŠKÁLY SELF-DISTURBANCES – NARUŠENÍ VLASTNÍHO JÁSTVÍ	47
5.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR	49
5.2.1	<i>Klinická skupina</i>	49
5.2.2	<i>Srovnávací skupina</i>	51
5.2.3	<i>Vyřazení účastníci</i>	52
5.3	POUŽITÉ METODY	53
5.3.1	<i>Screeningový dotazník</i>	53
5.3.2	<i>Dotazník psychotických zážitků</i>	53
5.3.3	<i>Škála self-disturbances – narušení vlastního jáství</i>	54
5.4	SBĚR DAT	55
5.5	ETIKA VÝZKUMU	56
5.6	ANALÝZA DAT	56
6	VÝSLEDKY	58
6.1	VÝSLEDKY PRVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU	58
6.2	VÝSLEDKY DRUHÉ ČÁSTI VÝZKUMU	58
6.3	VÝSLEDKY TŘETÍ ČÁSTI VÝZKUMU	60
6.4	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	64
7	DISKUZE	66
7.1	VÝSLEDKY	66
7.1.1	<i>Výsledky první části výzkumu – vývoj škály</i>	66
7.1.2	<i>Výsledky druhé části výzkumu</i>	66
7.1.3	<i>Výsledky třetí části výzkumu</i>	67
7.2	METODOLOGIE	69
7.2.1	<i>Metody</i>	69
7.2.2	<i>Výzkumný soubor</i>	70

7.2.3	<i>Sběr dat</i>	70
7.3	DALŠÍ LIMITY VÝZKUMU.....	71
7.4	TEORETICKÁ ČÁST	72
ZÁVĚR.....		73
POUŽITÉ ZDROJE		74
SEZNAM TABULEK.....		82
SEZNAM GRAFŮ		83
SEZNAM PŘÍLOH		84
PŘÍLOHA 1.....		I
PŘÍLOHA 2.....		V
PŘÍLOHA 3.....		VIII
PŘÍLOHA 4.....		XIV
PŘÍLOHA 5.....		XLV

Seznam zkratek

BSABS	Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen
CDS	Cambridge Depersonalization Scale
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. vydání
DSM5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. vydání
EASE	Examination of Anomalous Self-Experience
EAWE	Examination of Anomalous World Experience
EPI	Ego Pathology Inventory
ICD-11	International Classification of Diseases, 11. edition
IPASE	The Inventory of Psychotic-Like Anomalous Self-Experience
MKN10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. vydání
MKN11	Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. vydání
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PSYRATS	Psychotic Symptom Rating Scales
QPE	Questionnaire for Psychotic Experiences
SD	Self-disturbances

Úvod

Během většiny života má člověk pocit, že může s jistotou říci, že jeho myšlenky, pocity a prožitky patří jemu. Co když to tak není? Respektive, co když tento základní pocit psychické integrity ztratí nebo se nějakým způsobem soudržnost lidské psychiky rozvolní? Právě něco takového se děje během schizofrenie. Pro zdravého člověka může být těžké si to představit a už samotná představa takového prožitku může být nepříjemná. Představa, že mé myšlenky ovládá někdo jiný, že moje tělo mi už nepatří a nemohu ho kontrolovat.

Výše popsané prožitky jsou manifestací narušení jáství, pro které se v angličtině používá pojem self-disturbances, který používám i v této práci. self-disturbances se projevuje řadou dalších narušení prožívání světa, pro lidi, kteří tyto změny zažívají, bývá často obtížné je popsat. Pravděpodobně i z tohoto důvodu může být poněkud obtížnější definovat, co přesně self-disturbances je a co už naopak není, co do něj spadá a co ne. Mezi odborníky existují rozdíly ve vymezení Self-disturbances.

Jak jsem již zmínila, objevuje se self-disturbances zejména u schizofrenie (lze je ale nalézt i u jiných onemocnění a vyskytuje se také po požití halucinogenních látek), některými odborníky bývá označeno jako jádro schizofrenie. Nediskutovatelné je, že během tohoto onemocnění dochází k narušení téměř všech psychických funkcí a objevuje se celá řada psychopatologických symptomů. Mezi hlavní příznaky (zejména akutní fáze) patří bludy a halucinace, zejména pak sluchové halucinace v podobě hlasů. Teoreticky lze bludy a halucinace od sebe oddělit, v subjektivním prožívání už to někdy tak snadno nelze. Bludy a halucinace jsou často propojeny, například může mít člověk prožitek taktilní halucinace a popisuje, že má v hlavě čip, zároveň si přítomnost tohoto čipu vysvětluje tím, že mu ho vložili do hlavy během nedávné operace, aby o něm mohli průběžně zjišťovat informace. Lze tedy říci, že si svůj tělesný prožitek potřebuje nějak vysvětlit a v tom mu pomáhá právě zmíněný blud, který se může postupně stávat komplexnějším. Opačným příkladem pak může být situace, kdy někdo začne nepodloženě věřit, že ho chtějí za každou cenu vyhodit z práce a postupně se mu začíná stávat, že slýchává přes zeď hlasy, které negativně komentují jeho chování a pomlouvají ho.

Ze zmíněných jednoduchých příkladů je patrné, že vztah mezi bludy a halucinacemi je často komplexní a značně provázaný. Podobný vztah lze zjevně nalézt i mezi halucinacemi a self-disturbances. Z literatury i výzkumů vyplývá, že pacienti, kteří zažívají sluchové halucinace, je většinou vnímají jako něco, co není jejich, něco cizího, nad čím nemají

kontrolu. Prozkoumání souvislosti mezi prožíváním halucinací a self-disturbances je cílem této práce.

První kapitola se zabývá schizofrenií, jejím průběhem a symptomy, přičemž mým záměrem bylo vybrat informace, které se vztahují v dalších částech k problematice self-disturbances. V druhé kapitole popisují halucinace se zaměřením na slyšení hlasů. Třetí kapitola považuji z teoretické části za nejdůležitější, protože se snaží přiblížit pojem self-disturbances, a to z historického i fenomenologického hlediska. Zároveň v této kapitole předkládám základní východiska pro vztah mezi halucinacemi a self-disturbances, na což navazuje empirická část. Cíl výzkumu a předpoklady jsou popsány v kapitole čtyři, pátá kapitola pojedná o metodách a celém průběhu sběru dat, šestá kapitola se věnuje výsledkům, které pak v sedmé kapitole podrobněji rozebírám v diskuzi.

Téma práce je poměrně komplexní a není v možnostech rozsahu této práce uvést všechny patřičné souvislosti a odpovědět na všechny otázky, které se k tématu vztahují. Přesto věřím, že se jedná o přínosný obraz, který poukazuje na propojení mezi self-disturbances, halucinacemi a schizofrenií. Zároveň se jedná o téma, které může pomoci hlouběji porozumět schizofrenii a potenciálně v budoucnu zlepšit diagnostiku a případně i následnou léčbu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi onemocnění psychotického spektra. Je spojována s celou řadou symptomů, které jsou spíše heterogenního charakteru, bývá převážně celoživotní a má řadu dopadů na každodenní život jedince i jeho blízké. Jisté je, že zasahuje většinu psychických funkcí jedince. Odborný pohled na onemocnění i přístup k němu se neustále vyvíjí, což má dopad na změny v diagnostických kritériích a zároveň jsou pořád objevovány nové souvislosti. Vzhledem k rozsahu této práce se v této kapitole zaměřím zejména na oblasti, které jsou podstatné pro empirickou část.

Přestože dílčí odkazy na projevy schizofrenie nebo pokusy o klasifikaci některých jejích symptomů lze nalézt už v dávné historii, s podrobnějším popisem a kategorizací začali odborníci až v devatenáctém století, zejména pak v druhé polovině (Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2009). Významnými osobnostmi tehdejší doby na cestě k dnešní podobě vědeckého pohledu na schizofrenii pak byli zejména Griesenger, Morel, Hecker a Kahlboun (Smolík, 2002; Tandon et al., 2009)

Důležitým okamžikem bylo, když německý psychiatr Emil Kraepelin (1899) rozdělil psychózu na dvě hlavní kategorie, jednalo se o *dementia praecox* a manickou depresi (Tandon et al., 2009). Pojem *dementia* použil, jelikož onemocnění vedlo k nenávratné ztrátě kognitivních funkcí, na rozdíl od manické deprese, kterou popisoval jako epizodickou poruchu, která nevede k permanentnímu oslabení funkcí mozku (Ebert & Bär, 2010). Později (1911) použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler pro onemocnění ve své práci pojem schizofrenie, které se používá dodnes (Tandon et al., 2009). Ačkoliv již několik let se spekuluje o nové změně názvu, zejména kvůli stigmatizaci spojené se současným označením (Gaebel & Kerst, 2019; Maruta & Matsumoto, 2019).

Bleuler rozděloval příznaky schizofrenie na základní (formální poruchy myšlení, poruchy afektivity, poruchy subjektivního prožívání sebe sama, poruchy vůle a chování, ambivalence a autismus) a akcesorní příznaky (poruchy vnímání, bludy, určité poruchy paměti, proměna osobnosti, změny mluveného a psaného projevu, tělesné příznaky, katatonní příznaky, akutní syndrom) (Motlová & Koukolík, 2004; Smolík, 2002).

1.1 Prevalence

Schizofrenie se vyskytuje ve všech geografických oblastech u všech populací (Motlová & Koukolík, 2004). Udává se, že prevalence onemocnění je celosvětově okolo jednoho

procenta ("Schizophrenia Symptoms, Patterns and Statistics and Patterns," n.d.). Zároveň lze nalézt zdroje s prevalencí okolo půl procenta, Světová zdravotnická organizace ale upozorňuje, že na světě žije více než 50% lidí se schizofrenií, aniž by se léčili. Přestože se schizofrenie vyskytuje všude na světě, její výskyt se napříč populacemi mírně liší, ukazuje se například, že se diagnóza vyskytuje častěji u imigrantů patřících k minoritě oproti majoritní společnosti (Schwartz, 2014).

Co se týká situace u nás, tak v roce 2016 patřila diagnóza schizofrenie mezi časté poruchy, pro které byli pacienti v psychiatrických ordinacích ošetřeni, konkrétně se jednalo o 8% (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016). Zároveň patřila diagnóza schizofrenie mezi časté příčiny hospitalizace a tvořila pětinu z celkového počtu hospitalizací, diagnóza F20 pak tvořila nejčastější třímístnou diagnózu, pro kterou byli v tom roce pacienti hospitalizováni. Celkem 69% pacientů se schizofrenií (diagnózy F20 - F29) potřebovalo po propuštění z nemocnice trvalou ambulantní péči. Nově zjištěných onemocnění schizofrenie bylo v roce 2016 celkem 5238 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016).

1.2 Průběh onemocnění

Onemocnění obvyklé propuká mezi pozdní adolescencí a časnou dospělostí (Motlová & Koukolík, 2004; Raboch et al., 2015). U mužů začíná zpravidla dříve než u žen, na začátku si zhruba polovina pacientů stěžuje na deprese (Raboch et al., 2015). Schizofrenie se většinou zpočátku neprojevuje psychotickými symptomy, ale spíše nespecifickými symptomy, mezi které patří například neklid nebo náladovost (Motlová & Koukolík, 2004).

1.2.1 Premorbidní fáze

Premorbidní fáze je spojena s kognitivními, motorickými a sociálními deficity. Jedinci, u kterých se později rozvine schizofrenie, vykazují řadu vývojových, emočních i kognitivních problémů a zároveň také problémy v oblasti chování (Tandon et al., 2009). Mezi tyto problémy patří opožděný vývoj motoriky, poruchy pozornosti, nedostatky v receptivní řeči, slabá školní úspěšnost, sociální izolace a emoční stažení (Schenkel & Silverstein, 2004). Premorbidní fáze není přítomná u všech, u kterých se později projeví schizofrenie a neprojevuje se stejně (Tandon et al., 2009).

1.2.2 Prodromální fáze

Před počátkem psychózy existuje období, pro které se používá pojem prodromální fáze nebo stádium. Během ní bývají přítomné subpsychotické příznaky a další klinické znaky jako je kognitivní deficit, negativní symptomy, poruchy nálad a pokles funkčnosti v různých oblastech (Cornblatt, Obuchowski, Roberts, Pollack, & Erlenmeyer-Kimling, 1999). Prodromální fáze trvá různě dlouho několik měsíců až několik let, průměr se pohybuje okolo pěti let (Klosterkötter, Schultze-Lutter, & Ruhrmann, 2008). Nejprve se začínou většinou vyskytovat kognitivní, negativní a depresivní symptomy, které jedince postihují v průměru pět let před jejich prvním kontaktem s klinickým pracovníkem, následují potíže v sociální funkčnosti, ty se objevují jeden až tři roky před kontaktováním lékaře, a nakonec se jako poslední začínou projevovat pozitivní symptomy - přibližně rok před prvním setkáním se zdravotníkem (Tandon et al., 2009). U zhruba jedné poloviny se následně rozvine schizofrenie. Větší množství pozitivních symptomů společně s větší sociální dysfunkcností vede k většímu riziku, „rozjetí“ schizofrenie (Tandon et al., 2009). Ne u všech jedinců se před propuknutím schizofrenie objevuje toto stádium, zhruba u čtvrtiny se nevyskytuje (Motlová & Koukolík, 2004).

1.2.3 Propuknutí a psychotická epizoda

Samotný počátek schizofrenie lze definovat různě, jedná se navíc o kontinuální proces z prodromální fáze do zjevné schizofrenie. Jedním z možných pojetí definice je využít klasifikace podle diagnostického manuálu (ať už se jedná o DSM-5 nebo MKN-10), podrobnější informace jsou uvedeny v další části. Jak již bylo uvedeno, schizofrenie se většinou objevuje mezi pozdní adolescencí a mladší dospělostí, ačkoliv některé zdroje uvádějí horní hranici běžného počátku až do 45 let. Časnější počátek schizofrenie (tzn. v dětství před třináctým rokem) se pojí s horším premorbidním fungováním, častějším výskytem negativních symptomů, větším kognitivním deficitem a bohužel také s horší prognózou (Luoma, Hakko, Ollinen, Järvelin, & Lindeman, 2008). U žen je průměrný počátek onemocnění posunutý o pět až sedm let (Hafner et al., 1998) a zároveň se u nich může začít schizofrenie projevovat i v pozdějším věku. V porovnání s muži je u žen častěji zachované fungování během premorbidní fáze, méně se u nich v této fázi také projevují negativní symptomy a kognitivní deficit, ale vykazují více afektivních příznaků. Oproti mužům mívají ženy také lepší prognózu (Køster, Lajer, Lindhardt, & Rosenbaum, 2008). Ukazuje se, že mezi prodromální fází a floridní psychotickou epizodou existuje kontinuita psychopatologie symptomů napříč různými doménami (Iyer et al., 2008). Stejně jako další

psychotické epizody, začíná první epizoda obecně nárustem poruch nálad a negativními symptomy, což je doprovázeno eskalováním pozitivních symptomů, které vrcholí floridními projevy pozitivních symptomů. Pak nastává vymizení pozitivních příznaků s pomalejším vymizením depresivních a negativních symptomů a přichází konečná přechodová nebo trvalejší fáze, během které psychotické symptomy vymizí, ale mohou se znovu objevit (Drake et al., 2003; Lyne et al., 2012).

1.2.4 Dlouhodobý průběh

Průběh onemocnění po první nebo dalších psychotických epizodách se u jednotlivých pacientů liší. Pro toto období jsou charakteristické fáze zhoršení psychotických symptomů a fáze remise. Pozitivní symptomy jsou méně časté, naopak negativní symptomy jsou nápadnější během dlouhodobého trvání onemocnění. Kognitivní příznaky jsou poměrně stabilní během průběhu schizofrenie, naopak afektivní symptomy se mění v závislosti na intenzitě psychotických symptomů. Zhruba u čtvrtiny pacientů dojde k úplně psychopatologické remisi a u půlky k remisi sociální (Harrison et al., 2001). Přestože se dlouhodobý průběh schizofrenie mezi jednotlivými pacienty liší, nejčastěji se jedná o střídání období psychotických epizod s obdobím mezi nimi, tzv. reziduálním obdobím, kdy zůstávají přítomné některé psychopatologické symptomy a jsou v nějaké míře narušené různé oblasti fungování (Modestin, Huber, Satirli, Malti, & Hell, 2003).

1.3 Symptomy

Jak vyplývá z předchozích částí, pro schizofrenii je typická pestrost příznaků a rozdílnost v průběhu. I proto se stále spekuluje, zda se jedná o jedno onemocnění nebo o skupiny nemocí s prolínajícími se symptomy. Na začátku této kapitoly jsem zmiňovala dělení symptomů podle Eugena Bleulera, který rozdělil příznaky na základní a akcesorní. Následující dělení Kurta Schneidera je důležité pro samotnou historii klasifikace schizofrenie a je zároveň značně významné i pro tuto práci, neboť jeho symptomy prvního řádu zahrnují projevy, které patří do self-disturbances a zároveň z nich vycházela několik desetiletí diagnostika schizofrenie a obsahoval je ještě diagnostický manuál DSM-IV.

1.3.1 Symptomy podle Schneidera

Příznaky prvního řádu:

- „Ozvučování myšlenek
- Slyšení hlasů ve formě konverzace nebo diskuze

- *Tělesné prožitky ovlivňování*
- *Odnímání myšlenek a další ovlivňování myšlenek (vysílání myšlenek)*
- *Bludné vnímání*
- *Všechny další prožitky, pocit, že někým jiným jsou ovlivňovány vůle, emoce, impulzy“*

(Smolík, 2002, str.151)

Veškeré výše popsané symptomy se vztahují k narušení já (self), konkrétní projevy self-disturbances jsou více popsány ve třetí kapitole.

Mezi druhotné příznaky pak Schneider řadil další smyslové klamy, bezradnost, zmatenost, depresivní a euforické rozlady, prožitky citového ochuzení (Smolík, 2002).

1.3.2 Pozitivní a negativní symptomy

Rozdělení na pozitivní a negativní symptomy je dodnes používáno v diagnostických nástrojích, teoretických přístupech i diagnostických manuálech. Dává se do souvislosti s rozdělením psychiatra Crowa (1980) pacientů na dva typy: u prvního typu převládaly pozitivní příznaky a u druhého negativní (Beck, 2011; Smolík, 2002). Samotné rozdělení symptomů na pozitivní a negativní vychází z teorie Hughlingse Jacksona z roku 1931 (Beck, 2011). U pozitivních příznaků se jedná o zesílení nebo nějakým způsobem nadměrné vyjádření normálních funkcí, kde se jedná zejména o oblast vnímání a myšlení (Mackay & Crow, 1980). Naopak u negativních jde o oslabení nebo vymizení normálních funkcí, zde se jedná zejména o konaci a afektivitu (Mackay & Crow, 1980).

Negativní příznaky se dále mohou dělit na primární a sekundární. Na rozdíl od primárních jsou sekundární negativní příznaky způsobené vnějšími faktory, jako je deprivace prostředí, neuroleptická léčba nebo deprese (Kirkpatrick & Fischer, 2006).

1.4 Diagnostika podle diagnostických manuálů

V současné době existují dva mezinárodně uznávané a používání diagnostické manuály, jedná se o Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-5) a desátou revizi Mezinárodní statistická klasifikací nemocí a přidružených onemocnění (MKN-10).

1.4.1 DSM-5

Mezi základní znaky definující psychotické poruchy řadí DSM-5 bludy, halucinace, dezorganizované myšlení (řeč), hrubě dezorganizované nebo abnormální motorické chování a negativní příznaky. Bludy definuje jako hluboká přesvědčení, která se nemění ani ve světle důkazů proti nim. Dezorganizované myšlení se projevuje v řeči přeskakováním z tématu na téma, objevují se rozvolněné asociace, odpovědi na otázky mohou být zcela nebo zčásti irelevantní. Vzácně může být zcela inkoherentní, příznaky pak narušují efektivní komunikaci (Raboch et al., 2015).

Dezorganizované nebo abnormální chování se projevuje různě od dětské rozpustilosti k nepředvídatelné agitovanosti. Toto chování vede k obtížím při vykonávání každodenních činností. Může se objevit také katatonní chování, které se vyznačuje sníženou reaktivitou vůči okolí. Patří do něj negativismus, rigidní nebo bizarní postoj či chování, mutismus a stupor. Někdy se vyskytuje také katatonní vzrušení. Kromě vyjmenovaného se během katatonie mohou objevit stereotypní pohyby, zírání, grimasování a opakování slyšeného (Raboch et al., 2015). Negativní příznaky jsou spojené se schizofrenií, u jiných psychotických poruch jsou méně výrazné. Oploštělá emotivita a abulie patří mezi dominantní negativní příznaky u schizofrenie.

Pro diagnózu schizofrenie musí být přítomné bludy, halucinace, nebo dezorganizovaná řeč (kromě toho musí být přítomný ještě jeden symptom buď z již vyjmenovaných nebo se může jednat o hrubě dezorganizované nebo katatonní chování). Dále musí být od nástupu choroby jedna nebo více běžných funkcí zřetelně pod úrovní, kterou měly před nástupem. Celkové narušení by mělo trvat déle než šest měsíců, z toho minimálně měsíc jsou přítomné psychotické příznaky (bludy, halucinace nebo dezorganizovaná řeč) (Raboch et al., 2015).

1.4.2 MKN-10

Mezi nejdůležitější psychopatologické fenomény u schizofrenie řadí MKN-10 ozvučování myšlenek, jejich vkládání nebo odnímání, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládání, prožívání pasivity nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Zde je vidět, že popis vychází ze Schneiderových příznaků prvního řádu a jednotlivé fenomény se opět prolínají s obsahem self-disturbances (*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a*

přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2018, 2018).

1.4.3 MKN-11

Definice schizofrenie v MKN-11, která je zatím částečně dostupná na internetu v anglickém jazyce (“ICD-11,” n.d.) vypadá takto: schizofrenie je charakterizována narušením více mentálních modalit, včetně myšlení (např. bludy, dezorganizované myšlení), vnímání (např. halucinace), prožívání jáství (např. zkušenost, že vlastní pocity, impulzy, myšlenky nebo chování jsou pod kontrolou vnější síly), kognice (např. narušená schopnost pozornosti, verbální paměť, sociální kognice), vůle (např. ztráta motivace), emoce (např. otupělé emoční vyjadřování) a chování (např. chování, které působí bizarně nebo bezpředmětně, projevování nevypočitatelných nebo neadekvátních emočních odpovědí, které interferují s organizací chování). Mohou se objevovat psychomotorické disturbance včetně katatonie. Perzistentní bludy, perzistentní halucinace, poruchy myšlení a zažívání cizího vlivu, kontroly nebo pasivity jsou považovány za základní symptomy. Symptomy musí přetrvávat alespoň po dobu 1 měsíce, aby mohla být diagnóza schizofrenie přiřazena (“ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics,” n.d.).

Z výše popsaného popisu je patrné, že zahrnuje také projevy self-disturbances, a to v narušení prožívání jáství (self), které je doplněno příkladem prožívání vnější kontroly nad psychickými funkcemi. Právě pocit vnější kontroly je jedním z manifestací self-disturbances, které je více popsáno hlavně v třetí kapitole. Zároveň zařazuje MKN 11 prožívání vnější kontroly mezi základní symptomy.

1.5 Druhy schizofrenie

DSM-5 již nerozděluje schizofrenii na jednotlivé typy (DSM-IV je ještě obsahovala). MKN-10 rozlišuje paranoidní schizofrenii, ve které dominují paranoidní bludy a obvykle jsou přítomné taky auditivní halucinace. Dále rozlišuje hebefrenní schizofrenii, která obvykle začíná v pozdní adolescenci, viditelné jsou u ní zejména změny v afektivitě, bludy i halucinace jsou spíše nesystematizované, prognóza pro tuto diagnózu bývá spíše horší. Dalším typem je pak katatonní schizofrenie, při které jsou primární zejména motorické změny. Kromě zmíněných typů je součástí MKN-10 ještě nediferencované schizofrenie, post schizofrenní deprese, reziduální schizofrenie a simplexní schizofrenie (*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2018, 2018; Smolík, 2002*).

2 Halucinace

V této kapitole chci více přiblížit halucinace jako symptom a dále se pak zaměřuji zejména na auditivní halucinace. V části klasifikace halucinací, jejich základního popisu a možných rozdělení, vycházím zejména z publikace „Psychopatologie a psychiatrie“ od Mojmíra Svobody(editor), Evy Češkové a Hany Kučerové (2006), pokud tedy není uvedeno jinak, vychází citované informace z tohoto zdroje.

Svoboda (2006) popisuje halucinace jako nejzávažnější poruchy vnímání. Diagnostický a statistický manuál DSM-5 definuje halucinace jako prožitky, které jsou podobné smyslovým vjemům a objevují se bez vnějšího podnětu. Mohou se objevit v jakékoliv modalitě. Sluchové halucinace se nejčastěji projevují jako hlasy a jsou odlišitelné od vlastních myšlenek. Aby mohly být tyto prožitky považovány za halucinace, musí se objevit během plného vědomí (Raboch et al., 2015).

Halucinace se mohou dělit na komplexní a elementární (Svoboda, 2006), mezi elementární dále uvádí fotony (například záblesky), akoasmata (jedná se o jednoduché auditivní halucinace, jako je například hukot vody nebo nářek), olfakce (různé často nepříjemné zápachy), elementární halucinace v oblasti cití těla se mohou projevit jako pálení nebo píchání (tyto prožitky mohou být zažívány na těle nebo i uvnitř něj).

Také komplexní halucinace rozděluje (Svoboda, 2006) podle jednotlivých modalit, kromě propracovanějších halucinací jednoho smyslu, patří mezi komplexní halucinace také halucinace multimodální, ve kterých je přítomné více smyslových modalit (Svoboda). Například, pokud někdo má vizuální halucinaci člověka, který na něj zároveň mluví, jedná se o multimodální halucinaci.

Mezi vizuální halucinace patří mikropsie (předměty se jeví menší, než jsou ve skutečnosti), makropsie (předměty jsou vnímány naopak jako větší než jsou), mikrozoopsie (halucinace malých zvířat), extrakampní halucinace (halucinace umístěné mimo pole daného smyslu, objevují se i u jiných modalit), autoskopie (halucinace sama sebe, svého dvojníka).

Mezi nejčastější auditivní halucinace patří slyšení verbální halucinace (slyšení hlasů), ty se mohou dále dělit na imperativní (hlasy dávají příkazy), teleologické a antagonistické. Kromě slyšení hlasů patří mezi auditivní halucinace také neverbální halucinace (slyšení hudby, zpěvu a dalších zvuků).

Chuťové halucinace se většinou vyskytují společně s olfaktorickými, existují pak také tělocitné a viscerální halucinace.

Další možné dělení je podle senzomotorického stimulu, který vyprovokuje halucinace, jedná se pak buď o halucinace syntetické, kdy je modalita vjemu odlišná od následné halucinace, a nebo o halucinace reflexní, kdy je modalita totožná pro původní podnět i halucinaci (Cutting, 1990). Uvádí se, že halucinace mohou být v některých kulturách běžné například při religiózních zkušenostech nebo rituálech (Motlová & Koukolík, 2004; Raboch et al., 2015) V takovém případě pak nejsou považovány za psychopatologii.

Vzhledem k tématu této práce je důležité také zmínit intrapsychické halucinace, jak někdy bývají označeny „vložené“ myšlenky (Svoboda, 2006; Vágnerová, 2004). Někdy bývají zařazovány k halucinacím, jako symptom jsou ale spíše vnímány jako projev poruchy myšlení (Svoboda, 2006).

2.1 Auditivní halucinace a schizofrenie

Verbální halucinace jsou charakteristickým symptomem pro schizofrenii (McCarthy-Jones, 2012). jejich prevalence se liší podle jednotlivých zdrojů a mění se také v čase (McCarthy-Jones, 2012). Například Cutting (1990) uvádí výskyt sluchových halucinací u pacientů se schizofrenií v 50%, zrakové pak v 15% a taktilní v 5%. McCarthy-Jones odhaduje aktuální prevalenci auditivních halucinací na zhruba 70%.

2.1.1 Vlastnosti slyšených hlasů

Charakteristika verbálních halucinací je různá, část lidí se schizofrenií popisuje prožitek slyšení hlasu za stejný (nebo téměř totožný) jako je slyšení hlasu reálných lidí. Naopak jiní pacienti popisují jejich hlasy jako odlišné od reálných hlasů. Někteří pacienti popisují slyšené hlasy více jako myšlenky než vnější smyslové podněty. Poměr (zastoupení jednotlivých skupin) se liší podle jednotlivých studií. Ve výzkumu autorů Garrett & Silva (2003) popisovali všichni pacienti se schizofrenií, kteří se studie účastnili, své hlasy jako totožné s reálně slyšenými hlasy. Oproti tomu v další studii zjistili (Moritz & Larøi, 2008), že 31 procent pacientů se schizofrenií vnímá své hlasy jako rozdílné oproti hlasům reálných lidí, dalších 31 procent je popisuje jako téměř reálné a celkem 38 procent je vnímá jako ne příliš podobné reálným. Nayani & David (1996) zjistili, že 44 procent pacientů prožívá auditivní verbální halucinace více jako myšlenky než jako vnější smyslové podněty. Kromě výše popsanych rozdílů v prožívání verbálních halucinací, existují také případy, kdy jsou halucinace zažívány úplně bez zvuků, Moritz & Larøi

(2008) zjistili, že asi 5% pacientů má zkušenost se zcela tichými sluchovými halucinacemi, které nemohly být slyšeny. Jsou popisovány jako pocit, že je s člověkem mluveno.

Podle dosavadních výsledků to vypadá, že pacienti, kteří zažívají verbální halucinace, jsou schopni je odlišit od reálně mluvících lidí (Leudar, Thomas, McNally, & Glinski, 1997) a větší část pacientů (80%) je většinu času také schopná rozlišit své hlasy od svých normálních verbálních myšlenek.

Slyšené hlasy se také liší podle své lokalizace, nejčastěji se ozývají vně hlavy, ale mohou se ozývat i uvnitř nebo se lokalizace hlasů může střídat (Nayani & David, 1996). Lokalizace hlasů nicméně podle výzkumů neměla žádný vliv na reálnost, naléhavost nebo jiné charakteristiky hlasů. Jediný pozorovaný rozdíl byl, že hlasům ozývajícím se vně hlavy dokázali lidé, kteří je slyšeli, častěji odolávat (Copolov, Trauer & Mackinnon, 2004).

2.1.2 Počet a četnost hlasů

Více než polovina pacientů popisuje, že slýchá více než jeden hlas (Nayani & David, 1996) v průměru slýchávají okolo tří hlasů a většina z pacientů dokáže identifikovat jejich pohlaví s tím, že čtenější je slyšení mužských hlasů (McCarthy-Jones, 2012).

Více než 70% pacientů také uvádí, že se slyšené hlasy liší od jejich vlastního hlasu a mají také jiný akcent (Hoffman, Varanko, Gilmore, & Mishara, 2008; Nayani & David, 1996). Zhruba dvě třetiny pacientů znají identitu jednoho nebo více svých hlasů, větší polovina přiřazuje bludné vysvětlení (popisují je jako Boha, Dábla, démony nebo roboty) menší půlka pak identifikuje hlasy jako lidi, které zná (jedná se například o jejich příbuzné nebo sousedy).

Četnost slyšení hlasu se mezi pacienty značně liší, někteří je zažívají zhruba jednou až dvakrát denně, větší třetina slyší hlasy několikrát za den, další třetina většinu dne; a část pacientů je slyší pořád. U zhruba třetiny pacientů trvají několik vteřin nebo minut, necelou hodinu popisuje trvání čtvrtina pacientů a více než hodinu slýchává hlasy skoro polovina pacientů (Nayani & David, 1996). Navíc se ukazuje, že čím častěji pacienti slyší hlasy, tím pravděpodobněji budou trvat déle.

2.1.3 Obsah hlasů

Nejčastěji se vyskytují hlasy, které se snaží ovlivnit aktivitu jedince (ať už konkrétními příkazy nebo mluvením o konkrétních činech) anebo hlasy, které jedince soudí, kritizují ho nebo dokonce uráží (Leudar et al., 1997; Nayani & David, 1996; Suhail & Cochrane,

2002). Konkrétně příkazy hlasů zažívá zhruba přes 80 % pacientů (Nayani & David, 1996). Příkazy mohou obsahovat i násilné činy, ať už proti jedinci nebo druhým lidem, obojí se pojí s prožívaným distresem (Byrne, 2006). Ve studii schizofrenie v Asii byla zjištěna přítomnost příkazujících hlasů u větší poloviny pacientů a více se vyskytovaly u žen (Lee, Chong, Chan, & Sathyadevan, 2004). Pokud není hlasům vyhověno, mohou začít být více naléhavé, opakovat své příkazy, dokud nejsou buď uposlechnuty nebo se situace nezmění (Leudar et al., 1997). Co se týká četnosti ostatních obsahů hlasů, kritizující hlasy se vyskytují zhruba v 77%, nadávající v 70%, vyhrožující v 66%, 53% se hádalo buď mezi sebou nebo přímo s pacientem, 66% se vyjadřovalo v třetí osobě nebo mělo neutrální obsah a zhruba 48% hlasů je s příjemným obsahem.

U pouze přibližně 8% pacientů se vyskytují hlasy s pouze pozitivním obsahem, okolo 50% pacientů zažilo někdy pozitivní hlasy (Jenner, Rutten, Beuckens, Boonstra, & Sytema, 2008). Zhruba v polovině případů pak pomáhají pozitivní hlasy vyrovnat se s těmi negativními. Mezi další typické obsahy pozitivních hlasů patří chránění jedince, dodávání sebevědomí, uklidňování, dělání společnosti, pomoc s řešením problémů, podpora talentu, pomoc s každodenními činnostmi. 25 % pacientů popisuje, že tyto pozitivní hlasy udržují jejich duševní zdraví. Většina těchto hlasů dává rady a 40% z nich pomáhá jedincům s rozhodnutími, denními aktivitami atd.

Obsah hlasů je podle Leudar et al. (1997) pro lidi slyšící hlasy často cizí nebo nový; zároveň existuje množství případů, kdy hlasy mají repetitivní obsahy. Může se jednat například o pocit „opakovaného přehrávání“ identických obsahů (třeba vzpomínek), které už se člověku slyšícímu hlasy v minulosti objevily a dotyčný je opakovaně rozpoznal Johns et al. (2002).

Kromě toho mají hlasy obvykle jasné pohlaví i další běžné lidské charakteristiky a obvykle umí s člověkem, který je slyší, vést dialogy; kvůli tomu jsou lidé slyšící hlasy často vedeni k přesvědčení, že hlasy jsou skutečné, mimo jejich osobnost a mají svou vůli a existenci. Podle Garretta & Silvy (2003) hlasy v 15% případů reagovaly na pokusy o jejich eliminaci nebo omezení jejich síly. Konkrétně hlasy např. vnímaly antipsychotickou medikaci jako hrozbu a snažily se donutit pacienta, aby léky přestal brát.

2.1.4 Reagování na hlasy

Většina lidí slyšící hlasy je schopna na ně reagovat, Přes 80% pacientů s diagnostikovanou schizofrenií je schopno se zapojit do konverzace se slyšenými hlasy (Garrett & Silva,

2003; Leudar et al., 1997). Na druhou stranu některé výzkumy ukazují, že ti, kteří nejsou schopni mluvit na své hlasy, zažívají menší míru distresu, než ti kteří na ně dokáží reagovat (Nayani & David, 1996)

Co do dalších vlastností hlasů se uvádí, že zhruba čtvrtina hlasů podle výzkumů např. Garrett & Silva (2003) předpovídá svým majitelům budoucnost, ať už života nebo častěji konkrétních činností a akcí. Většina lidí obvykle také udává, že nad hlasy má minimálně nějakou míru kontroly a mohou je umlčet, když chtějí a vyvinou k tomu určité úsilí.

2.1.5 Další charakteristiky hlasů

Nayani & David (1996) sledovali další jev přítomný u mnoha lidí, kteří hlasy slyší – jedná se o pocit intimity mezi nimi a hlasy, který pramení jak z toho, co ví lidé o svých hlasech, tak i opačně z toho, co ví hlasy o lidech, kteří je slyší. U lidí slyšících hlasy tato skutečnost vyvolává pocit ztráty soukromí, který mohou někteří lidé prožívat velmi těžce.

Ve výzkumech Nayani & David (1996) se také objevuje fenomén komplexity hlasů (jak v jejich množství, tak v komplexitě obsahů, které říkají), který vzniká zejména při perzistenci přesahující jeden rok. Hlasy mají podle výzkumů rovněž tendenci se postupně přesouvat zvnějšku dovnitř hlavy.

Kromě výše zmíněných charakteristik slyšených hlasů se zdá, že podoba i obsah hlasu se může během času měnit (Jones, 2010). Navíc byl zjištěno, že čím déle má jedince nějaký hlas tím pravděpodobněji bude vůči němu submisivní (Leudar et al., 1997).

2.1.6 Auditivní halucinace a ostatní duševní onemocnění

Auditivní halucinace se také vyskytují u posttraumatické stresové poruchy, prevalence u této diagnózy je zhruba 50% (Anketell et al., 2010). Objevují se jak negativní, tak pozitivní hlasy, většina z nich je lokalizována uvnitř hlav jejich posluchačů. Propojení s prožitým traumatem bývá často pouze symbolické, nikoli doslovné či zjevné. Podobné zkušenosti se konzistentně objevují u veteránů (Hamner, Frueh, Ulmer, & Arana, 1999).

Slyšení hlasů se dále objevuje u některých poruch osobnosti (například u hraniční poruchy osobnosti) (Kingdon et al., 2010; Yee, Korner, McSwiggan, Meares, & Stevenson, 2005). Hlasy lidí s poruchami osobnosti se podle dostupných výzkumů (např. Kingdon et al., 2010) nijak signifikantně neliší ve svých charakteristikách od hlasů, které slyší lidé se schizofrenií.

3 Self-disturbances

V odborné literatuře je možné se kromě výrazu „self-disturbances“ setkat také s pojmy „self-disorder“ (Mishara et al., 2016) a „Anomalous self-experience“ (Parnas et al., 2005). Všechny tři pojmy popisují téměř totožnou množinu prožitků a změn v prožívání i vnímání.

Podle autorů Parnas et al. (2005) zahrnuje self-disturbances řadu různých neobvyklých subjektivních prožitků, mezi které patří: depersonalizace, snížený pocit existence jako tělesného subjektu, narušení vnímání z pohledu první osoby, snížená soudržnost/koherence základních vlastností self (kam řadí například pocit anonymity, zmatení identity atd.) a narušení vnímání hranic já versus druzí a já versus okolní svět.

3.1 Já v kontextu Self-disturbances

Než se budu blíže věnovat samotnému pojmu Self-disturbances, vnímám jako důležité zaměřit se na to, co je míněno pod slovem „self“ neboli „já“. V psychologii se výrazem já zabývá zejména sociální psychologie nebo psychologie vývojová. Co ale konkrétně označuje část „self“ v pojmu „self-disturbances“? Parnas (2003) popisuje tři vrstvy já, kterých jsou nějakým způsobem narušené při SD/před vypuknutím schizofrenie. Jako první a hlavní uvádí základní formu jáství, která je implicitní a předreflexní (Parnas, 2003), jedná se o já, které si jedinec neuvědomuje a které je tělesné. O něco komplexnější je pak explicitní já, Parnas (2003) popisuje, že takové já je reflexivní vědomí sebe sama, jedná se o trvalý subjekt zkušeností a jednání. Jako poslední zmiňuje autor také sociální já, které je spojené se způsoby jedince, zvyky a jeho minulostí.

Dává smysl, že dojde-li k narušení předreflexního implicitního já, musí to mít následky také na vědomé já a v konečném důsledku i na já sociální. Podle Parnase (2003) jde při prožitcích já během počátečních fází schizofrenie o primární změny velmi základního předosobního a předreflexivního vědomí sebe sama. Což podle něj většinou následují změny také v reflektivním uvědomění já a také v sociálním já (Parnas, 2003) a to znamená, že se hluboké narušení já dotýká všech jeho tří vrstev. Parnas (2003) definuje prožitky já, se kterými se během počátečních fází schizofrenie jedinci setkávají, jako prožitky, ve kterých je jejich pohled první osoby, ale i jejich status subjektu zkušeností a jednání narušen.

3.2 Vznik pojmu

Pojem vychází z německého výrazu Ich-Störungen. Projevy, které jsou s ním spojovány (konkrétně prožitky pasivity, prožitek, stav, kdy má jedinec pocit, že je někým nebo něčím ovlivňován a zkušenost s vloženými nebo naopak odjímanými myšlenkami) popsal už Jaspers (1913) ve své knize *Allgemeine Psychologie*. Autoři Mishara et al. (2016) uvádí, že Jaspers sice bývá někdy chybně označován za autora pojmu self-disturbances, avšak popsal pouze výše zmíněné příznaky a samotný pojem Ich-Störungen nepoužil. Podle Mishary et al. (2016) shrnuli pod jeden pojem popsané projevy a přispěli více ke vzniku konceptu až Jaspersovi kolegové z univerzity v Heidelbergu – konkrétně se jednalo o německé psychiatry Gruhle, Mayer-Gross a Beringer. Jako první pak použil pojem Ich-Störungen patrně Gruhle (1915), který tak označil prožitek pasivity a neúčasti. Později v roce 1939 zařadil Schneider Ich-Störungen mezi first rank symptomy schizofrenie (Mishara, Lysaker, & Schwartz, 2014).

3.2.1 Studie s meskalinem

Podle Mishary et al. (2016) přispěly k vývoji konceptu self-disturbances zejména studie zaměřené na halucinogenní účinek meskalinu v modelování self-disturbances a dalších prožitků spojených s psychózou u zdravých dobrovolníků. Beringer podával injekčně účastníkům studie meskalin, aby prozkoumal fenomenologickou strukturu prožitku self-disturbances vyvolaného halucinogeny (Jay, 2019; Mishara et al., 2016).

Výsledky experimentů s použitím meskalinu v rámci modelování self-disturbances a jeho vztahu se schizofrenií rozvíjel zejména německý psychiatr Mayer-Gross, který se výzkumů účastnil také jako participant. Popsal základní transformace smyslového vnímání v různých modalitách (vizuální, sluchové, taktilní, čichové a chuťové) a rozdělení vnímání a jednání, kterými se projevuje self-disturbances (Mayer-Gross & Stein, 1928 podle Mishara et al., 2016):

- 1) Labilita prahu – souvisí s přecitlivělostí vůči smyslovým podnětům, některé podněty nabývají speciálního významu, který zaplní jedincovo vědomí a on mu musí věnovat pozornost
- 2) Fúze prožívání a zároveň kompletní oddělení od jednání nebo konace/vůle
- 3) Struktura gestaltu/tvaru variuje od minimální nebo chybějící struktury až po podrobné, komplexně propracované zkušenosti v jakékoli modalitě
- 4) Oddělené vnímání od dění

5) Halucinace se mohou vyskytnout ve více než jedné modalitě

Mayer-Gross dále popisuje, že halucinace a „vytvořené“ myšlenky mají společné to, že byly účastníky studie zažívány jako něco cizího. Tento fakt dává do souvislosti s tím, že účastníci během self-disturbances vnímají své myšlenky jako senzorické vjemy, tedy že jejich myšlenky jsou pro ně slyšitelné. Toto lehce narušené vnímání vlastního myšlení a dalších procesů se podle něj objevuje u prodromální fáze schizofrenie a také při intoxikaci meskalinem. Právě to, že lidé během self-disturbances vnímají své myšlenky jako senzorické, může být příčina toho, že jsou prožívány jako cizí a může docházet k zvláštním prožitkům, které zahrnují vysílání myšlenek, jejich přijímání nebo naopak odjímání.

Podle Mishary et al. (2015) vyplývá z výsledku studií, kde byl použit meskalin, že self-disturbances zahrnuje narušení tělesných vjemových zážitků, což ovlivňuje vnímání času, prostoru a kontinuity prožívání já. Konkrétně pak rozdělili projevy změněného prožívání na základě meskalinu do devíti oblastí:

- 1) Nadměrná všímavost vůči podnětům
- 2) Ztráta propojení s minulostí (minulost se nevztahuje k přítomnosti ani se na ní nepodílí)
- 3) Prožitky jsou zažívány jako nové a působivé
- 4) Hranice mezi jedincem a druhými jsou narušené a nejasné
- 5) Myšlení a emoce jsou nezávislé na jedincově vůli
- 6) Jedinec zažívá, že je ovládán cizími činiteli, kteří se mohou objevovat i ve vizuální podobě
- 7) Senzomotorická integrace a myšlení jsou narušeny
- 8) Narušení prožívání času a prostoru
- 9) Zvláštní prožitky těla a nadměrná všímavost k němu

3.3 Současné přístupy

Předchozí část dokazuje, že zejména na začátku a v první polovině dvacátého století, měli vědci i lékaři velký zájem o self-disturbances. Zajímavé je, že tato skupina narušených prožitků byla souhrnně zkoumána pod jedním pojmem pouze v Evropě (Mishara et al., 2014). Autoři z Ameriky popisovali jednotlivé příznaky (depersonalizace atd.), ale neměli potřebu je systematizovat pod jeden pojem (Mishara et al., 2014).

V posledních zhruba dvaceti letech se o zkoumání self-disturbances znovu zvedl zájem. Americký psycholog Louis Sass a dánský psychiatr Josef Parnas se odkazují zejména na narušení tzv. minimálního já, pro které někdy používají také termín „ipseity“¹. Jedná se o předreflexivní a okamžité vědomí jednání, prožívání a myšlení. Toto bazální já souvisí se dvěma aspekty já, konkrétně se jedná o vědomí přivlastňování, díky kterému jedinec vnímá své tělo, smysly a myšlenky jako svoje, dále se jedná o vědomí vlastního působení, díky kterému jedinec může vnímat sám sebe jako zdroj svého jednání a jeho následků (Gallagher, 2011).

Narušení nebo nestabilita minimálního já se může projevovat řadou zvláštních subjektivních prožitků, jako je např. narušení vlastnictví aktuálního prožívání (například dojem, že moje myšlenky nebo části těla nejsou moje vlastní); narušený pocit vlastního působení/sebe jako činitele (pocit, že nemám plnou kontrolu nad svým jednáním); nestabilní pohled první osoby, což je propojeno s prožitky depersonalizace (mám pocit, že sám sebe pozoruji z dálky nebo jsem nějakým způsobem oddělen od svého těla); obtížné formování kontinuální a koherentní identity (prožitky anonymity, chybějící stabilní perspektiva a identita během času) (Nelson et al., 2018).

Následujícími třemi aspekty se projevuje narušení já při schizofrenii (Sass & Borda, 2015; Sass & Parnas, 2003):

- 1) Hyperreflexivita - přehnané vědomí si sebe sama, což souvisí s tendencí zaměřovat bezděčně základní pozornost na procesy a jevy, které by normálně byly automaticky prožívány jako součást já samotného, ale během SD jsou zažívány jako něco cizího, hyperreflexivita zahrnuje tedy také odcizení se sám sobě
- 2) Snížený prožitek přítomnosti já – snížená intenzita prožívání vlastního přítomného já a já jako činitele, což je dáno tím, že se zmenšuje četnost prožívání svého bytí jako subjektu, který si je vědom sám sebe a je zároveň činitelem dění

Z hyperreflexivity a sníženého prožívání přítomnosti já vychází třetí aspekt:

- 3) Narušení „držení se“ kognitivně-perceptuálního světa - ztráta salience nebo stability, se kterými vynikají objekty v organizované oblasti vědomí, tento jev se pojí s narušením vnímání časoprostorové struktury světa a jasnosti vnímání zásadních rozdílů v prožitcích mezi vnímaným versus vybaveným versus

¹ Pojem Ipseity vychází z latiny.

představovaným. Vše nasvědčuje tomu, že tato narušení jsou zakotvená v abnormalitách tělesného, vitálního a prožívajícího já, které normálně slouží jako něco pro konstituování (a orientaci) pozadí, na jehož základě je možné zažívat svět.

3.3.1 Srovnání teoretických přístupů k SD

Z výše uvedeného je patrné, že si jednotlivé poznatky ohledně projevů self-disturbances jsou si v lecčems podobné a vzájemně se prolínají. Jak současní autoři (Sass & Parnas, 2003) tak výsledky původních výzkumů v první půlce padesátých let (Mishara et al., 2016) ukazují, že během SD upínají jedinci pozornost zcela jiným způsobem sami k sobě a svým prožitkům, ale také k předmětům, které je obklopují a zároveň přiřazují daným podnětům jiný a často specifický význam. Jedinec přestává sám sebe vnímat jako činitele a naopak vnímá jevy a procesy, které jsou jeho součástí, jako něco cizího, nad čím již nemá plnou kontrolu. Ztrácí kontakt s přítomností a s prožitkem sebe sama v rámci dlouhodobého kontinua. Všechny změny a narušení jsou hodně svázané s prožíváním tělesného já a mohou se objevit ve všech modalitách smyslového vnímání a nejen v nich.

Existují ale také aspekty, ve kterých se jednotlivé přístupy k pojmu self-disturbances a co do něj spadá, liší. Autoři Parnas a Sass (2003) vnímají SD jako kontinuum projevů, které se vyskytují zejména v prodromální fázi schizofrenie, tedy je možné je vnímat jako prediktivní symptom. SD pak mohou nabývat na intenzitě a postupem času se z nich stanou psychotické symptomy. Samotné psychotické symptomy jako například halucinace do SD nezahrnují. Oproti tomu Mayer-Gross (1920) a z něj vycházející, zahrnují do SD také halucinace a další psychotické symptomy vztahující se k já.

Podle obou přístupů spadají do SD ozvučené myšlenky, avšak ve chvíli, kdy už mají prožitky charakter halucinací, se podle některých odborníků již jedná o psychotické symptomy a ne projevy SD. Z mého pohledu je to tak, že existuje kontinuum projevů SD, které začíná drobnějšími změnami v prožívání, jež jsou typické pro prodromální fázi, ale pokračují i přes symptomy schizofrenie, které se vztahují ke změněnému prožívání i k já samotnému. V určitou chvíli popsané kontinuum zmiňovaní autoři rozdělí pomyslnou čarou, od které projevy již nepovažují za součást SD. Ale tato čára je vytvořena spíše konsenzuálně, protože podívám-li se na prožitky pacientů, i pro ně je často těžké oddělit, co považují za ozvučené myšlenky a co už pojmenují jako sluchové halucinace ve formě hlasů.

Zahrnovat halucinace do Self-disturbances dává smysl i z hlediska historického kontextu, neboť původně bylo SD zkoumáno v souvislosti s již rozjetou schizofrenií anebo jejím simulováním pomocí halucinogenních látek.

Přes výše zmíněné rozdíly se domnívám, že primárně mají oba přístupy více společného a je možné s nimi pracovat jako s jedním pojmem, který je ale v pracích části vědecké populace zúžen a zaměřen jen na určitou část spektra daného jevu.

Popsané projevy SD nejsou rozhodně vyčerpávající, důležité je mít také na paměti, že se jedná o prožitky, které jsou těžké představitelné a popsatelné. Jedinci, kteří je zažívají, často nemají slova, kterými by mohli narušení a jeho prožívání popsat (Mishara et al., 2016; Parnas et al., 2005). I proto může být obtížné popsat a klasifikovat SD vyčerpávajícím způsobem a stejně tak může být kvůli náročnější uchopitelnosti problematické jeho zkoumání.

3.4 Metody měření SD

V současné době existuje několik metod, které zkoumají projevy self-disturbances. Metody se mezi sebou liší v různých aspektech, ať už se jedná o způsob administrace nebo o východiska, ze kterých daný nástroj vychází. Následující výčet představuje stručně jednotlivé metody, i proto aby bylo možné následně porozumět současným poznatkům v oblasti self-disturbances v širším kontextu.

3.4.1 EASE

Východiska

Autoři vycházeli z popisovaných prožitků a zkušeností popisovaných pacienty během rozhovorů. Tvůrce také inspirovala deskripce psychopatologie následujících autorů: Pierre Janet, Hans Gruhle, Joseph Berze, Eugène Minkowski a Wolfgang Blankenburg. V neposlední řadě pro ně byla zdrojem inspirace také práce německé výzkumné skupiny (jmenovitě tedy Gerd Huber, Gisela Gross, Joachim Klosterkötter, Frauke Schultze-Lutter a jejich kolegové) (Parnas et al., 2005b). EASE je v něčem příbuzné s původně německým nástrojem Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS), zaměřeným na základní symptomy u schizofrenie, podle autorů se metody překrývají zejména v oblasti kognitivních poruch, rozhodně se ale nejedná o totožné nástroje. Kromě zmíněných zdrojů se tvůrci odkazují na fenomenologický přístup Husserla (Parnas et al., 2005b).

Popis metody

Metoda má 57 položek rozdělených do celkem pěti domén: kognice a proud vědomí, sebeuvědomění a přítomnost, tělesné prožitky, transitivismus a existenciální doména. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor, který musí vést proškolený administrátor. Celá administrace trvá zhruba 30 až 90 minut podle závažnosti symptomů.

Psychometrické vlastnosti

Několik studií se zaměřilo na ověření psychometrických vlastností metody, na vzorku 25 pacientů byla spočítána vnitřní konzistence i shoda posuzovatelů. Nástroj vykazoval u hodnocení obou posuzovatelů vysokou celkovou vnitřní konzistenci (Cronbachův koeficient $\alpha > 0,87$), Spearmanův korelační koeficient mezi posouzeními hodnotitelů dosáhl hodnoty 0,8 a shoda mezi posuzovateli za použití Cohenova kappa se pohybovala mezi 0,51 do 0,73 mezi pěti doménami (Møller, Haug, Raballo, Parnas, & Melle, 2011).

3.4.2 EAW

Jedná se o metodu komplementární s EASE, která je prováděna formou rozhovoru za podobných podmínek jako EASE a zaměřuje se na prožitky osoby ve vztahu k okolnímu světu, spíše než k vlastnímu Já. Obsahuje celkem 6 domén: „Prostor a objekty“, jež se zabývá prožitky okolo fyzického prostoru a objektů v něm – včetně halucinací, narušení prostorových vztahů apod. Další doménou je „Čas a události“, která zkoumá zážitky osoby s časem, plynutím času (a souvisejícími narušeními, např. zrychlením nebo zpomalením), fragmentací vnímání času apod. Následující doména se nazývá „Jiné osoby“, jež mapuje vnímání okolních osob a na ně navazující narušení prožitků a zkušeností s nimi; čtvrtá doména se týká „Jazyka“ a klade si za cíl popis problémů se slovním a jazykovým vyjádřením, např. s plynulostí, distorzemi zapříchujícími potíže s porozuměním jiných osob, problémy s konkrétními a abstraktními koncepty apod. Pátá doména, „Atmosféra“, se zaměřuje na celkové vnímání stavu světa osobou podstupující rozhovor, a zkoumá narušení jako jsou derealizace nebo narušení chápání struktury existence. Poslední doména se nazývá „Existenciální orientace“ a zkoumá pohled osoby na své okolí a světonázor, přičemž zde se objevují takové poruchy jako odmítání sociální konvencí a pravidel, extrémní tendence věřit novým nápadům nebo grandiozita ve vztahu k ostatním lidem (mohou vnímat své okolí tak nedůležité jako nějaký hmyz).

3.4.3 *The Inventory of Psychotic-Like Anomalous Self-Experience (IPASE)*

Metoda vznikla za účelem nástroje na zjišťování „Anomalous Self-Experience“ se snadnou administrací, jedná se o 57 položek, u kterých zkoumaní sami vyplňují míru souhlasu na pětibodové škále. Nástroj má pět subškál: kognice, sebeuvědomění a přítomnost, vědomí, somatizace a tranzitivismus (Cicero, Neis, Klaunig, & Trask, 2017). Při vývoji vycházeli autoři z řešerše fenomenologického přístupu k „Anomalous Self-Experience“, včetně modelu narušení Ipseity (Sass, doplnit rok). Subškály se značně liší počtem položek (nejméně má subškála tranzitivismus s pěti položkami, nejvíce pak subškála sebeuvědomění a přítomnost s celkem 22 položek) (Cicero et al., 2017).

Na začátku vytvořil David C. Cicero 112 položek, kterými výzkumníci otestovali 565 studentů z univerzity. Na základě využití odpověďové škály a zejména výsledků explorační faktorové analýzy, vyřadili velkou část položek a určili pět faktorů (Cicero et al., 2017). Na dalším výzkumném souboru univerzitních studentů (n=733) počítali konfirmační analýzu a ověřili velmi dobrý fit pětifaktorového modelu, který jim vyšel v explorační faktorové analýze a zároveň ověřili i velmi dobrý fit modelu vyššího řádu, který předpokládá, že všech pět faktorů sytí jeden vyšší faktor (Cicero et al., 2017). Díky ověření modelu vyššího řádu může být celkový skóre IPASE využit pro zjišťování „Anomalous Self-Experience“.

Psychometrické vlastnosti

Nástroj vykazuje vysokou vnitřní konzistenci vyjádřenou koeficientem Cronbachovo α v rámci různých skupin. U souboru vysokoškolských studentů dosahovaly všechny subškály hodnot α mezi 0,86 (subškála tranzitivismus) a 0,97 (subškála sebeuvědomění a přítomnost) (Cicero et al., 2017). Během porovnání skupin s rizikem rozvinutí onemocnění ze spektra schizofrenie a zdravých jedinců dosahoval koeficient Cronbachovo α hodnoty 0,98 pro skupinu s rizikem² a 0,96 pro zdravé jedince (Cicero et al., 2017). Velmi dobrou vnitřní konzistenci vykazoval nástroj i u skupiny pacientů s diagnostikovanou schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou ($\alpha=0,98$) a zdravých jedinců ($\alpha=0,96$).

² Účastníci byli do skupin rozděleni podle výsledků v Psychometric High-Risk Strategy, skupiny byly celkem tři, jednalo se o pozitivní schizotypy, negativní schizotypy a srovnávací skupinu. U skupin pozitivní schizotypy a negativní schizotypy vyšla α stejné hodnoty (0,98).

Validitu nástroje určovali autoři pomocí korelací s dalšími konstrukty, ověřili negativní korelaci celkového skóru IPASE i všech pěti subškál s jasností self konceptu, pozitivní korelaci s vědomím self, dále také pozitivní korelaci s prožitky podobnými psychotickým a s disociací (Cicero et al., 2017). Validitu IPASE také odvozují od výsledků, které potvrzují, že se skóry liší mezi skupinou s rizikem rozvinutí onemocnění ze spektra schizofrenie a zdravými jedinci. Další výsledky zároveň ukazují, že se mezi sebou signifikantně liší skóre lidí se schizofrenií a zdravých jedinců a zároveň mají hodnoty skóre IPASE velkou hodnotu predikce na určení skupiny (zda se jedná o zdravého jedince nebo o pacienta.) (Cicero et al., 2017). Zmíněné výsledky zároveň dokazují, že hodnoty IPASE jsou spojené se subklinickými symptomy a je možné pomocí metody určit lidi, kteří mohou být v budoucnu ohroženi rozvinutím schizofrenie.

3.4.4 Self-Experience Life-time Frequency Scale (SELF)

SELF je poměrně nově vyvinutý nástroj, který má za cíl doplňovat a rozšiřovat současné možnosti screeningu a diagnostiky self-disturbances. Skládá se z 12 tvrzení adaptovaných z různých nástrojů (včetně např. EASE), přičemž respondent odpovídá ke každému tvrzení pomocí pětistupňových škál na 2 otázky: „Jak často v životě se Vám stal popisovaný zážitek,“ a „Jak moc Vás tento zážitek stresoval?“. Metoda je vyvinutá pro účel rychlého screeningu – ostatní metody umí self-disturbances dobře měřit a odhalovat, ale jejich realizace je náročnější a trvá déle. Bruggeman et al. (2016) popisují postupy, jak byla škála SELF vytvářena, uvádějí mnoho relevantních a důležitých údajů k psychometrickým kvalitám nástroje a diskutují jak přínosy a možnosti využití, tak existující limitace. Jednou z těchto limitací je přirozeně jednoduchost a krátkost metody – její realizace je sice snazší, ale tím zároveň utrpěla potenciální kvalita výsledků. Druhou zásadní limitací, o které autoři hovoří, je absence (alespoň v době vydání článku) přímého srovnání s EASE, kterou lze považovat za již prověřenou metodu, a srovnání výsledků SELF s EASE by pomohlo ke zpřesnění představ o tom, jak spolehlivý nástroj SELF skutečně je.

3.4.5 Cambridge Depersonalization Scale (CDS)

Tato metoda je zacílena na měření závažnosti depersonalizace. Jedná se o self-reportovou metodu obsahující 29 tvrzení, jež respondent hodnotí dle vlastního uvážení na dvou škálách: frekvenci na pětistupňové škále a délku trvání na šestistupňové škále. Metoda vznikla na přelomu 20. a 21. století a od té doby byla prověřena jak množstvím výzkumů, tak přímo v praxi. Autoři metody dále uvádějí, že self-reportovou formu zvolili jak kvůli

snížení složitosti administrace, tak aby eliminovali efekty jako administrátorský bias apod. (Sierra a Berrios, 2000).

Blevins, Witte a Weathers (2013) uvádějí ve své studii faktorové struktury CDS, že dříve reportované výsledky nejsou adekvátní a navrhují místo nich novou dvoufaktorovou strukturu: 1. faktor zde představuje prožívání nereálnosti a odpojení od reality, zatímco 2. faktor reprezentuje emoční a fyzické ochabování. Tato studie byla provedena na souboru více než 500 studentů. Aponte Soto et al. (2013) provedli podobnou studii na latinskoamerické populaci a došli k modelu čtyřfaktorové struktury, která je rovněž nabízena jako alternativa k jiným modelům.

3.4.6 *Ego Pathology Inventory (EPI)*

Metoda popisuje 5 dimenzí patologie ega, mezi které se řadí:

Identita ega – pochyby, změny a ztráty identity jedince ve vztahu k pohlaví, původu a celistvosti.

Vymezení ega – nejistota a nedostatečné odlišení sebe sama od okolního světa, postihující myšlení, afektivitu a tělesné prožitky.

Konzistence ega – „rozpouštění“, štěpení a destrukce ega při prožívání koherentního Já; stejně tak se týká těla, myšlenkových a pocitových procesů nebo struktury vnějšího světa.

Vitalita ega – prožitek strachu ze smrti, mizení vůle k životu, celého lidstva nebo vesmíru.

Aktivita ega – deficity ve schopnosti, potenciálu nebo moci vykonávat z vlastního rozhodnutí akce, myslet, cítit nebo vnímat.

Ačkoli se nejedná o nástroj pro přímé měření self-disturbances, z dosavadních výzkumů bylo zjištěno, že dimenze ego patologie s SD významně korelují a je skrze ně tedy možné SD přeneseně měřit. Psychometrické charakteristiky však nejsou, snad právě kvůli nepřímému měření, tak přesvědčivé jako u jiných později vyvinutých nástrojů.

3.5 Současné výzkumy

3.5.1 *Výzkumy spojené s EASE*

Za zmínku stojí kvalitativní studie (Henriksen & Parnas, 2012), kde autoři popisují dva případy z kvalitativního výzkumu, konkrétně se jedná o pacienty s vyšším skóre metody. Krátké kazuistiky dobře shrnují některé typické i specifické rysy SD. Autoři Henriksen a Parnas (2012) se v diskuzi zamýšlejí nad celkovým tvarem (používají pojem Gestalt) self-disturbances; jedna z věcí, kterou vyzdvihují, je, že SD nabízí pohled na schizofrenii jako

na určité kontinuum a celek, na rozdíl od pohledu zaměřeného na přítomnost jednotlivých symptomů.

Autoři studie (Parnas et al., 2011b) zpětně hodnotili data z Dánské studie, kde zkoumali 151 pacientů poprvé hospitalizovaných se začínající psychózou a následně provedli výzkumné šetření na většině (120) účastníků po pěti letech. Výsledky ukazují, že diagnóza schizofrenie zůstala u 37% pacientů, kteří tuto diagnózu získali již při první hospitalizaci a 25% z pacientů, kteří původně získali diagnózu schizotypální porucha osobnosti, měli po zmiňovaných pěti letech diagnózu schizofrenie. Při porovnání pacientů, kteří měli po pěti letech diagnózu schizofrenie, s pacienty, kteří měli na začátku i po pěti letech diagnostikované jiné onemocnění (jednalo se zejména o afektivní poruchy), ukázaly výsledky logistické regrese, že na diagnóze schizofrenie po pěti letech měla efekt úroveň self-disturbances před pěti lety a také úroveň perplexity. Úroveň self-disturbances byla zjišťována klinickým rozhovorem, jehož část byla zaměřena na zvláštní prožitky jáství. Autoři se domnívají, že SD a perplexita dokáží zachytit základní rysy, které rozlišují jednotlivé fenotypy psychických onemocnění (Parnas et al., 2011a) a zároveň dokáží predikovat diagnózu schizofrenie u prodromálních pacientů. Výpočty ale probíhaly na menším vzorku - skupina pacientů s diagnózou schizofrenie po pěti letech činila 14 lidí.

Trvalost self-disturbances v čase u pacientů potvrzují výsledky studie dánských autorů (Nordgaard et al., 2017). Ve zmiňovaném výzkumu autoři znovu zkoumali nahrávky rozhovorů i výsledky diagnostických metod z období okolo roku 2000, u kterých se v té době vyskytly poprvé příznaky schizofrenie, a dávali je do souvislosti s jejich hodnotami vyšetření o pět let později. Jako nástroj pro měření self-disturbances byla použita škála o 25-ti položkách, která byla předchůdcem metody EASE (Nordgaard et al., 2017). Porovnání bylo uskutečněno na 96 pacientech. Hodnoty self-disturbances na začátku a po pěti letech spolu vysoce korelují a původní hodnoty GAF a metody PANSS neměly vliv na hodnotu SD po pěti letech.

I v další studii pracovali výzkumníci (Parnas, Carter, & Nordgaard, 2016) s daty z dřívějšího výzkumu, konkrétně se jednalo o výsledky škály MMPI u dětí s rizikem rozvinutí schizofrenie (jejich rodiče měli diagnózu schizofrenie). Jedinci byli znovu hodnoceni a diagnostikováni po deseti až pětadvaceti letech. Tvůrce metody EASE vybral položky z MMPI, které odpovídaly položkám v EASE. Z původně 212 dětí, které patřily do skupiny s vysokým rizikem, byla třiceti dvěma z nich diagnostikována v pozdějších letech schizofrenie a padesát jedna z nich bylo diagnostikováno s poruchou ze širšího

spektra schizofrenních onemocnění. Účastníci, kteří původně patřili do skupiny s nižším rizikem (celkem jich bylo 91), získal pouze jeden později diagnózu schizofrenie a 6 z nich diagnózu ze širšího spektra. Výsledky studie potvrzují, že hodnoty SD byly vyšší u dětí, které byly později diagnostikovány se schizofrenií a zároveň prokazují efekt SD na to, zda jedinci později získali diagnózu schizofrenie nebo ne.

3.5.2 Výzkumy s použitím ostatních metod

Metodu IPASE použili pro zkoumání v následujícím výzkumu (Klaunig et al., 2018), kde se zabývali rozdílem self-disturbances u pacientů se schizofrenií a lidmi bez klinické diagnózy, korelací self-disturbances se somatocitlivostí, jasností konceptů self a dále zkoumali i korelace self-disturbances se symptomy schizofrenie (pozitivní a negativní příznaky, příznak dezorganizace, vzrušení a emoční distres). Mezi účastníky bylo 48 jedinců s diagnostikovanou schizofrenií a 36 zdravých kontrol. Výsledky potvrzují vyšší úroveň SD u lidí s diagnostikovanou schizofrenií, oproti zdravé skupině dosahovali vyššího skóre také ve všech jednotlivých subškálách metody IPASE. Zároveň výsledky naznačují, že SD může souviset s nižší jasností konceptu self (ve výzkumu jim vyšla záporná korelace a projevil se i rozdíl mezi skupinami). V neposlední řadě výsledky studie také potvrzují vztah mezi symptomy schizofrenie a self-disturbance, hodnoty celkového skóre metody IPASE korelovaly s celkovými hodnotami metody PANSS. Nejvíce korelovala část pozitivních symptomů, pozitivní symptomy dále korelovaly s kognitivní subškálou IPASE, se subškálou self-awareness korelovaly z PANSS položky zaměřené na emoční distres, který také koreloval s celou metodou IPASE.

3.6 Vztah mezi halucinacemi a self-disturbances

V druhé kapitole jsem se zaměřila na popis halucinací, zejména pak na jednotlivé charakteristiky verbálních auditivních halucinací u pacientů se schizofrenií. Co když se ale celý tento přístup plete? Mám na mysli zejména přístup založený na jasné klasifikaci a škatulkování. Proč se víc nezajímáme o to, jak reálně lidi zažívají a jaké další mnohem jemnější změny se u nich objevují?

Existují již přístupy, které vnímají auditivní halucinace, ozvučené myšlenky, halucinace bez hlasu a vkládané myšlenky popisují jako jedno spektrum (Humpston & Broome, 2016). Které nerozlišují mezi auditivními halucinacemi a narušeními v oblasti myšlení, které se mohou projevit jako ztráta pocitu vlastnictví myšlenek a ztráta kontroly nad nimi, jako mezi odlišnými druhy ale spíše je opisují jako rozdílné úrovně (Billon, 2013).

Začíná být kladen důraz na propojení mezi halucinacemi a jemnějšími změnami, které mohou být viděny jako jedno kontinuum (Pienkos et al., 2019). Přestože pohledem klasifikace symptomů je možné nahlížet na halucinace jako na statické fenomény, které lze přesně vymezit a popsat, opak je nejspíše pravdou. Halucinace se jeví víc jako něco, co se vyskytuje v mnoha modalitách a je propojeno s další prožitky, které nejsou přímo halucinace (například vkládané myšlenky, disociace, narušení prožívání vlastního těla atd.). Je potřeba, aby se výzkumy více zabývali tímto celým kontinuem zažívaných změn, narušení a odchylek, které se vyskytují u pacientů s hasly (Pienkos et al., 2019).

Svým způsobem také ukazují na vztah mezi halucinacemi a SD výzkumy, ve kterých vyšla korelace mezi self-disturbances a pozitivními symptomy (Klaunig et al., 2018; Raballo & Parnas, 2012). Není samozřejmě jasné, čím přesně jsou tyto korelace zapříčiněny, ale nějakým způsobem poukazují na vztah mezi SD a pozitivními příznaky, mezi které patří také halucinace.

Empirická část

4 Úvod do výzkumné problematiky

Jak bylo nastíněno v teoretické části, objevují se změny v prožívání ve vztahu k já (self-disturbances) zejména během schizofrenie. Hlavním cílem výzkumu je prozkoumat vztah halucinací a self-disturbances. V teoretické části jsem zmiňovala, že existují rozdílné přístupy k self-disturbances, a přestože oba přístupy spojují prožitky narušení se schizofrenií, přístup odvozený zejména od fenomenologického popisu vycházejícího z narušení „ipseity“ (Parnas & Sass, 2003), odděluje SD od vysloveně psychotických symptomů, mezi které řadí například halucinace. Presentovaný výzkum pracuje s pojetím self-disturbances, které vychází z poznatků Mayer-Grosse a výsledků studií založených na užití meskalinu a v tomto přístupu jsou halucinace vnímány jako součást spektra prožitků self-disturbances.

Ráda bych zde také uvedla, že zde prezentovaný výzkum je součástí větší studie, realizované v Národním ústavu duševního zdraví. Tato studie se týká podrobnějšího zkoumání halucinací, jejich fenomenologie a vzniku. Celá studie je plánovaná na čtyři roky, sběr dat by měl probíhat od roku 2017 do roku 2020 a více se o ní zmiňuji v šesté kapitole, kde je stručně popsán její průběh.

Aby bylo možné prozkoumat vztah mezi zažívanými halucinacemi a self-disturbances, bylo potřeba nejprve provést několik kroků. Jedním z nich bylo vyvinutí nástroje pro zachycení aktuálního self-disturbances, protože přesto, že již existují metody na měření self-disturbances, žádná nevychází z konceptu SD podle Mayer-Grosse a jeho kolegů s Heidelberské univerzity. Vývoj nové metody popisují podrobněji v části 6.1. Pro použití nově vzniklého nástroje v dalších analýzách bylo potřeba ověřit jeho kvality.

V další části jsem se zaměřila na rozdíly mezi self-disturbances mezi pacienty se schizofrenií a zdravými dobrovolníky z kontrolní skupiny. Tento předpokládaný rozdíl mezi skupinami může ověřit, že self-disturbances je skutečně specifické pro schizofrenii, což je důležité pro následující kroky výzkumu. Kromě toho bylo také potřeba zjistit strukturu self-disturbances. Z již citovaných poznatků je patrné, že se SD projevuje změnami prožívání v různých oblastech a různým způsobem, není ale stále příliš jasné, zda se vyskytuje ve všech modalitách stejně. Ani jestli je spíše běžné, že během schizofrenie zažívají jedinci self-disturbances v jedné modalitě nebo pokud už se u nich self-disturbances objeví, zasahuje už pak do všech oblastí.

Právě zjištění struktury SD bylo důležité pro interpretaci hlavní části výzkumu, která se zaměřuje na vztah mezi halucinacemi (konkrétně mezi auditivními a vizuálními) a self-disturbances. Pokud bychom neznali alespoň orientačně strukturu SD, bylo by obtížnější interpretovat výsledky korelačních analýz.

Vzhledem ke komplexnosti celého výzkumného problému jsem se rozhodla rozdělit výzkum do třech částí. **První část** se zaměřuje na ověření psychometrických kvalit nově vytvořené škály self-disturbances. **V druhé části** se zabývám srovnáváním SD mezi skupinou pacientů se schizofrenií a srovnávací skupinou zdravých dobrovolníků, kdy se designově jedná o diferenční přehled, tak jak ho definuje Ferjenčík (2010). Kromě celkového skóre škály, mě zajímají také rozdíly v jednotlivých oblastech (smyslové vnímání, myšlení atd.) a také rozdíl mezi skupinami v kvalitách a projevech self-disturbances, které jsou vyvozeny z přístupu Mayer-Grosse.

Cílem třetí výzkumné části je pak jednak zmapovat strukturu self-disturbances a také zmapovat vztah mezi závažností halucinací a self-disturbances. Jedná se tedy o převážně mapující výzkum, který využívá korelační studii (Ferjenčík, 2010). Zkoumám zde vztahy mezi halucinacemi a všemi oblastmi SD a také všemi kvalitami.

4.1 Výzkumné otázky první části výzkumu

V první části výzkumu, který se zaměřuje na škálu měřící aktuální úroveň self-disturbances, mě zajímají zejména psychometrické vlastnosti vyvinutého nástroje. Cílem je nalézt odpovědi na následující otázky:

1. Dosahuje škála self-disturbances dostatečnou vnitřní konzistenci?
2. Dosahují jednotlivé subškály dostatečnou vnitřní konzistenci?

4.2 Výzkumné otázky druhé části výzkumu

V této části mě zajímá rozdíl v self-disturbances mezi skupinou pacientů se schizofrenií a srovnávací skupinou zdravých dobrovolníků. Kromě celkového skóre mě pak zajímá také, zda se skupiny mezi sebou liší v jednotlivých modalitách SD (smyslové vnímání, vnímání pohybů a těla, myšlení, řeči a vzpomínání, vnímání času a prostoru) a v jednotlivých kvalitách a projevech SD (novost, intenzita, emoční valence, narušení tvaru, ztráta kontroly, alien agency, nerozlišování nereálnosti podnětu, reflexivita a pohlcení detaily).

1. Liší se pacienti se schizofrenií v celkovém skóre self-disturbances oproti zdravým dobrovolníkům?

2. Liší se pacienti se schizofrenií v jednotlivých oblastech SD oproti zdravým dobrovolníkům?
3. Liší se pacienti se schizofrenií v jednotlivých kvalitách a projevech SD oproti zdravým dobrovolníkům?

4.3 Výzkumné otázky třetí části výzkumu

Třetí část se zabývá strukturou self-disturbances a detailněji se zaměřuje na konkrétní vztah mezi závažností přítomných halucinací a self-disturbances. Jak bylo popsáno v teoretické části, vyskytují se u schizofrenie nejčastěji halucinace sluchové, z tohoto důvodu se zabývám zejména jejich vztahem k self-disturbances. Kromě toho dále zkoumám i souvislosti mezi SD a vizuálními halucinacemi. V rámci self-disturbances se zaměřuji také na jednotlivé oblasti (smyslové modalitě a kognitivní domény) a kvality podle Mayer-Grosse a jejich vzájemný vztah se závažností přítomných halucinací. Výzkumné otázky pro tuto část jsou pak tyto:

1. Jaká je struktura self-disturbances u schizofrenie?
2. Koreluje závažnost auditivních a vizuálních halucinací se self-disturbances u pacientů se schizofrenií?
3. Koreluje závažnost auditivních a vizuálních halucinací s jednotlivými modalitami SD u pacientů se schizofrenií?
4. Koreluje závažnost auditivních a vizuálních halucinací s jednotlivými kvalitami a projevy SD u pacientů se schizofrenií?

4.4 Výzkumné hypotézy

Definovala jsem celkem 60 výzkumných hypotéz, po delším zvažování jsem se rozhodla je kvůli přehlednosti uvést v příloze (Příloha 1). Na konci této kapitoly uvádím výzkumné předpoklady.

4.5 Zkoumané proměnné

Zde uvádím jednotlivé proměnné a u každé z nich je zmíněn také způsob jejího měření nebo získávání.

Self-disturbances— Jedná se o narušení psychických funkcí, ať už se jedná o vnímání, myšlení nebo například řeč. SD souvisí také s tím, jak daný jedinec tyto změny prožívá a jak si je vysvětluje. Proměnná byla měřena Škálou narušení prožívání vlastního jáství, hodnota self-disturbances byla získána součtem hrubých skóre položek ve všech

modalitách. Kromě celkového self-disturbances patří mezi zkoumané proměnné také self-disturbances v jednotlivých modalitách a kvalitativní vlastnosti self-disturbances:

Self-disturbances v oblasti vizuálního vnímání – získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti sociálního vnímání - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti sluchového vnímání - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti čichového vnímání - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti taktilního vnímání - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti vnímání vlastního těla a jeho pohybů - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti myšlení - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti řeči - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Self-disturbances v oblasti vzpomínání - získáváno součtem skóre položek v této oblasti

Prožívaná novost projevů self-disturbances – I běžné zážitky jsou vnímány jako nové a neznámé. Získáno součtem skóre položek, zjišťujících frekvenci prožívané novosti v jednotlivých oblastech.

Prožívaná intenzita projevů self-disturbances – Zážitky jsou vnímány jako intenzivnější vůči jiným vjemům. Získáno součtem skóre položek, zjišťujících frekvenci prožívané větší intenzity v jednotlivých oblastech.

Prožívaná emoční valence projevů self-disturbances – Zážitky způsobují intenzivní negativní nebo pozitivní emoce. Získáno součtem skóre položek, zjišťujících frekvenci prožívané větší emoční valence (pozitivní a negativní) v jednotlivých oblastech.

Prožívaní narušení tvaru u projevů self-disturbances – Konzistence nebo tvar je u zážitků narušen. Získáno součtem skóre položek, zjišťujících frekvenci narušení struktury (nebo tvaru) v jednotlivých oblastech.

Prožívaná ztráta kontroly nad projevy self-disturbances – Zažívání nedostatku kontroly nad zážitky. Získáno součtem skóru položek, zjišťujících frekvenci prožívání ztráty nebo nedostatku kontroly v jednotlivých oblastech.

Prožívané alien agency u projevů self-disturbances – Vnímání narušených/pozměněných zážitků jako způsobených vnějším činitelem, respektive s vnějším zdrojem. Získáno součtem skóru položek, zjišťujících frekvenci prožívání vnějšího vlivu v jednotlivých oblastech.

Prožívání nerozlišování reality u projevů self-disturbances – Problematické rozlišování mezi reálnými a nereálnými podněty. Získáno součtem skóru položek, zjišťujících frekvenci chybného rozlišování mezi reálnými a nereálnými podněty v jednotlivých oblastech.

Prožívání reflexivity u projevů self-disturbances – Schopnost reflektovat a popisovat své prožitky je narušena. Získáno součtem skóru položek, zjišťujících frekvenci nebo přítomnost narušené schopnosti reflexe v jednotlivých oblastech.

Prožívání pohlcení detaily u projevů self-disturbances – I drobné detaily v jednotlivých modalitách přitahují pozornost a mohou mít specifický význam. Získáno součtem skóru položek, zjišťujících frekvenci zažívaného pohlcení detaily a nadměrné všímavosti vůči nim v jednotlivých oblastech.

Závažnost auditivních halucinací – Závažnost je získána z Dotazníku psychotických zážitků, hodnota byla získána součtem devíti kvantitativních položek zaměřujících se na auditivní halucinace, patří sem četnost výskytu, délka trvání, emoční valence, způsobený distress, dopad na každodenní aktivity, náhled, interakce s halucinacemi, vyhovění příkazům a frekvence výskytu sluchových iluzí.

Závažnost vizuálních halucinací - Závažnost je získána z Dotazníku psychotických zážitků, hodnota byla získána součtem devíti kvantitativních položek zaměřujících se na vizuální halucinace, patří sem četnost výskytu, délka trvání, emoční valence, způsobený distress, dopad na každodenní aktivity, náhled, interakce s halucinacemi, vyhovění příkazům a frekvence sluchových vizuální iluze.

4.6 Výzkumné předpoklady pro druhou a třetí část výzkumu

V druhé části výzkumu, který se zabývá porovnáním dosažené úrovně SD a jeho jednotlivých oblastí (modalit i kvalit) mezi klinickou skupinou pacientů se schizofrenií a

srovnávací skupinou zdravých dobrovolníků, předpokládám, že se skupiny mezi sebou budou signifikantně lišit. Rozdíl pak konkrétně předpokládám v celkovém skóre škály self-disturbances, v jednotlivých oblastech i kvalitách podle Mayer-Grosse. Primárně pak předpokládám, že v klinické skupině bude self-disturbances dosahovat vyšší úrovně.

Tento předpoklad vychází z faktu, že pojem self-disturbances je spojován se schizofrenií a to jednak od samotného vzniku (Mishara et al., 2016; Zaytseva & Mishara, 2018), ale i v současných přístupech, vycházejících z modelu narušení „ipseity“ (Nelson et al., 2018; Parnas & Handest, 2003; Parnas, Møller, et al., 2005b; Sass & Parnas, 2003). Zároveň také při použití jiných nástrojů pro měření SD, se potvrdily rozdíly mezi zdravou populací a lidmi se schizofrenií (Cicero et al., 2017; Klaunig et al., 2018).

Design třetí části výzkumu je mapující a hlavním cílem je zmapovat jednak strukturu self-disturbances a prozkoumat vztahy mezi závažností prožívaných auditivních i vizuálních halucinací a self-disturbances včetně jeho jednotlivých oblastí a kvalit podle Mayer-Grosse. Domnívám se, že je možné, že se ukáže jednoduchá jednodimenzionální struktura SD, protože poznatky ze studií s meskalinem v první polovině minulého století ukázaly, že se nějakým způsobem narušení objevuje ve všech modalitách (Mishara et al., 2016). Vzhledem k tomu, že symptomy schizofrenie jsou nejvíce spojovány s narušením myšlení a smyslovým vnímáním, ať už se jedná o vkládání myšlenek, bludy nebo halucinace (*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2018*, 2018; Raboch et al., 2015), je také možné, že některé oblasti budou zastoupeny čteněji než jiné a ukáže se, že struktura self-disturbances je spíše rozfragmentovaná na jednotlivé části.

Co se pak týká vztahu mezi halucinacemi a SD, očekávala bych, že vzhledem k tomu, že se u schizofrenie vyskytují zejména auditivní halucinace (McCarthy-Jones, 2012), bude self-disturbances korelovat primárně s nimi. Dále by se mohlo předpokládat, že vzhledem k tomu, že jedním z typických projevů SD je ovlivňování myšlenek (jejich vkládání, vysílání nebo přijímání (Parnas, Møller, et al., 2005; Parnas & Urfer-Parnas, 2017; Pienkos et al., 2019; Sterzer, Mishara, Voss, & Heinz, 2016)) mohly by se vyskytovat korelace právě mezi oblastí myšlení SD a halucinacemi a také mezi nedostatkem kontroly, alien agency (cizího ovlivňování) a halucinacemi.

5 Metody a design výzkumu

Výzkum byl realizován v rámci větší studie s názvem „Linking phenomenology and neurobiology of auditory hallucinations in schizophrenia“ realizované v Národním ústavu duševního zdraví, studie byla podpořena z grantového projektu MH CR AZV 17-32957A a MEYS NPU4NUDZ: LO1611. Mezi hlavní cíle studie patří rozlišení subtypů podle psychotických symptomů a self-disturbances, dále rozdíly mezi self-agency u pacientů se sluchovými halucinacemi a bez nich, vztah subtypů sluchových halucinací a vnitřní řeči a prozkoumání neurologických korelátů spojené s jednotlivými proměnnými.

Nábor účastníků a sběr dat lze rozdělit do tří částí, nejprve probíhal obecný screening, v rámci kterého účastníci vyplňovali screeningový dotazník, který byl zaměřen na demografické údaje, po něm následovala část specifického screeningu, během kterého procházeli všichni účastníci sérií dotazníků, mezi hlavní patřil Dotazník psychotických zkušeností dále Škála narušení vlastní jástvi (nástroj vytvořený pro měření self-disturbances) a dotazník Vnitřní řeči. S částí účastníků byl dále proveden PANSS a někteří ze skupiny pacientů vyplnili také BDI-II a bylo u nich hodnoceno GAF. V rámci získávání reliability proběhlo u menšího vzorku také posuzování dvěma hodnotiteli a opětovného vyplnění po několika dnech. Zhruba 15% účastníků, kteří vyhovovali podmínkám a měli zájem, prošlo ještě experimentální částí. Ta sestávala z neuropsychologického vyšetření ve funkční magnetické rezonanci a dále několika experimentů, které se odehrávaly také v magnetické rezonanci.

V této práci zpracovávám pouze část dat z části obecného a specifického screeningu, z tohoto důvodu, zde nebudu podrobně popisovat jednotlivé experimenty.

5.1 Vývoj škály self-disturbances – narušení vlastní jástvi

Aby bylo možné vůbec prozkoumat vztah a propojení mezi halucinacemi a self-disturbances, bylo potřeba nejdříve vyvinout nástroj pro měření SD. Nejprve proběhla rešerše zaměřená zejména na zjištění psychiatrů z Heidelberské univerzity z první poloviny dvacátého století, kteří byli zmíněni ve třetí kapitole, s postupným zaměřením zejména na poznatky Mayer-Grosse. Hlavními východisky pak byly projevy self-disturbances podle Mayer-Grosse, které uvádí Mishara & Zaytseva (2018) a které jsou uvedeny v kapitole 3 a zároveň shrnutí výsledků ze všech studií s meskalinem (Mishara et al. 2015), prezentované tamtéž. Z těchto teoretických poznatků vychází jednotlivé projevy SD:

novost vjemu, změněná intenzita, emoční valence, narušení tvaru, nedostatek kontroly, alien agency, bez rozlišení reálnosti, reflexivita a pohlčení detaily.

Z výše zmíněných studií bylo zároveň odvozeno, že se self-disturbances v nějaké míře projevuje v různých modalitách a škála byla rozdělena na oblasti smyslového vnímání (vizuální objektové, vizuální sociální, sluchové, čichové, taktilní) a motoriky (včetně vnímání těla), myšlení, mluvení a paměť (se zaměřením na vzpomínání a vzpomínky).

Pro každou oblast pak byly vytvořeny výroky, které reprezentovaly jednotlivé projevy SD vycházející zejména z poznatků Mayer-Grosse, které byly případně doplněny o projevy specifické pro danou oblast. Na závěr nástroje byly také přidány doplňující otázky, které se zaměřují na další projevy vztahující se k self-disturbances, ale nesouvisí přímo s danými oblastmi (například zkušenosti s depersonalizací).

Vzhledem k mezinárodnímu složení našeho výzkumu, byly výroky nejprve vytvořeny v anglickém jazyce a poté přeloženy do češtiny. Překlad byl průběžně konzultován s psychology i psychiatry, ať už výzkumně nebo klinicky zaměřenými.

Následně proběhl krátký předvýzkum, kdy byla škála zadána dvěma pacientům a třem jedincům z běžné populace. Cílem bylo hlavně odhalit potenciálně nesrozumitelné položky. Na základě této fáze, bylo několik otázek lehce přeformulováno a doplněno pro snadnější srozumitelnost.

Vzniklá verze škály byla pro výzkumné účely ještě obohacena o otevřenou otázku na okolnosti, které by mohli ovlivnit stav jedince. Konkrétně jsme se doptávali na braní léků, užití psychoaktivních látek, spánkovou deprivaci, traumatické nebo stresující události v poslední době. Pro větší srozumitelnost byla škála používána pod názvem Škála narušení vlastního jáství.

Škála byla administrována administrátorem, před každou oblastí se nejprve zjišťuje, zda dotyčný zažívá změny v dané oblasti a pokud ano, doptává se ho administrátor na souhlas s výroky v dané oblasti. Během sběru dat probíhali intervizní schůzky výzkumného týmu, na kterých se mimo jiné řešily i nejasnost ohledně použitých metod. Na základě výstupů těchto schůzek byla po zhruba čtyřech měsících vytvořena druhá verze škály. Ta byla zejména obohacena o doplňující příklady toho, jak mohou vypadat změny v různých oblastech prožívání. Zároveň byly přidány pro každou oblast otázky na zkušenosti v minulosti. Kromě toho byla zpřesněna odpověďová škála (zůstal zachovaný počet

odpovědí i význam, cílem bylo zlepšit její srozumitelnost). Aktuální verze škály je pro přehlednost blíže popsána v části 6.3, která se věnuje použitým metodám.

I pro vytvoření upravené verze jsme na intervizních schůzkách došli ještě k několika dalším podnětům pro vývoj škály, které však již nebyly zahrnuty v tomto výzkumu, ale mohou posloužit pro budoucí vývoj tohoto nástroje. Jedná se zejména o změny ve skórování některých položek, zejména pak položek zaměřujících se na emoční valenci prožívaných jevů.

5.2 Výzkumný soubor

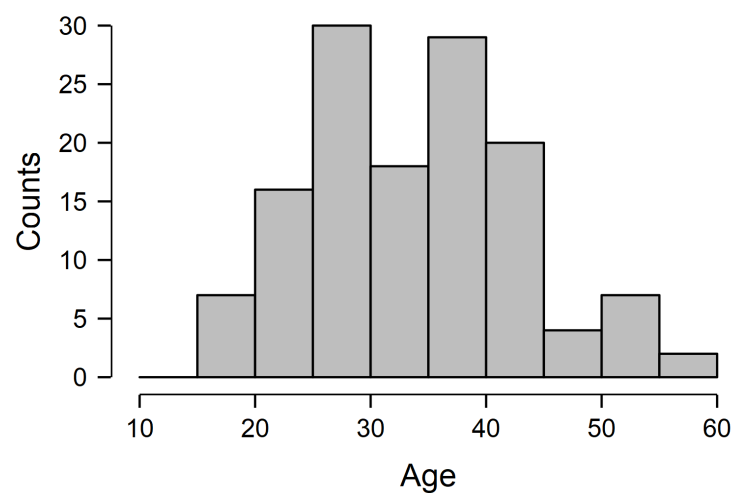
Výzkumný soubor sestával z pacientů s diagnostikovanou schizofrenií a zdravých dobrovolníků.

5.2.1 Klinická skupina

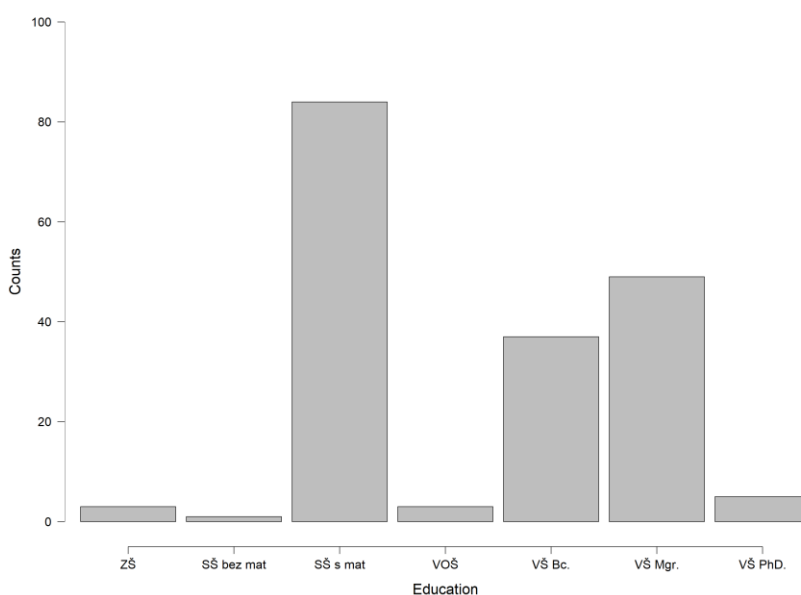
Pacienti byli oslovováni spolupracujícími lékaři z Národního ústavu duševního zdraví a v průběhu studie byla navázána spolupráce s dalšími institucemi. Jednalo se o Psychiatrickou nemocnici Bohnice, Dolní Beřkovice a Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze. Do studie byli oslovováni pacienti s diagnostikovanou schizofrenií (F20), dále pacienti s akutní a přechodnou psychotickou poruchou (F23) a se schizoafektivní poruchou (F25).

Konečný počet pacientů, kteří byli zahrnuti do třetí části výzkumu je 132³, z toho 58 žen a 74 mužů. Průměrný věk 34,4 let se směrodatnou odchylkou 9,7 (rozložení věku viz graf 1). Nejčastější dosažené vzdělání bylo střední škola s maturitou (37,5%) a vysoká škola s magisterským titulem (28,5%). Podrobněji je dosažené vzdělání znázorněno v grafu (graf 2).

³ Počet pacientů v první a druhé části se liší o jednoho člověka, jedná se konkrétně o muže, u kterého se nepodařilo dohledat výsledky z dotazníku psychotických zážitků a proto nebyl zařazen do korelační analýzy.

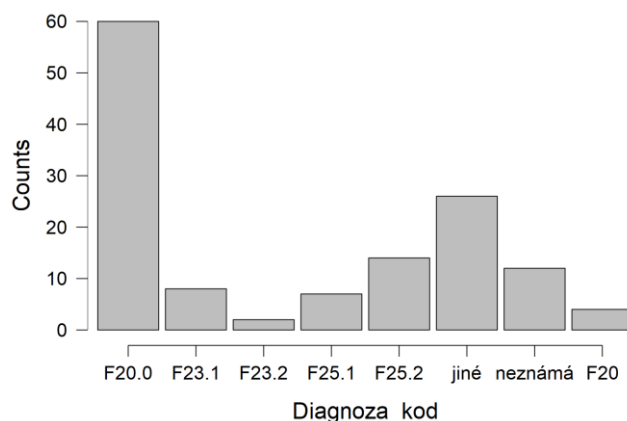


Graf 1 Rozložení věku klinické skupiny



Graf 2 Zastoupení vzdělání u klinické skupiny

Největší část pacientů měla diagnostikovanou schizofrenii (58%), z toho nejvíce zastoupená byla paranoidní schizofrenie, další početnou skupinou byla schizoafektivní porucha (18%). U některých pacientů se nepodařilo zjistit jejich přesnou diagnózu (9%). Konkrétní zastoupení je pak vidět v následujícím grafu (graf 3).

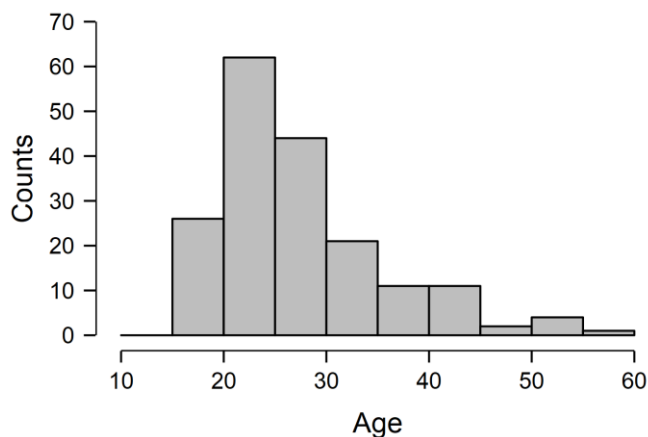


Graf 3 Rozložení diagnóz pacientů

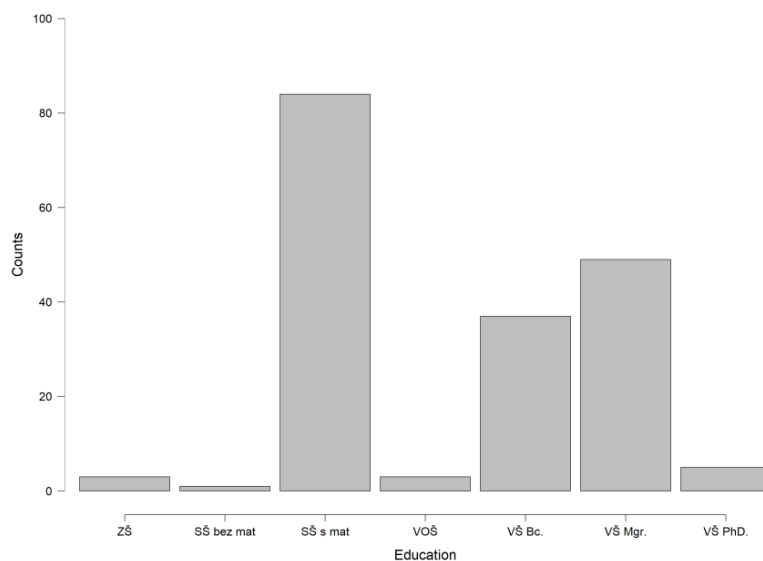
5.2.2 Srovnávací skupina

Zdraví dobrovolníci se mohli přihlásit sami před odkaz na screeningový dotazník, o studii se mohli dozvědět z letáku a dalších zdrojů nebo byli přímo osloveni výzkumníky (nábor probíhal přes známé, internet nebo například v Městské knihovně Praha). Podmínkou pro zařazení do výzkumu bylo psychické zdraví dobrovolníků, které bylo zjišťováno položkou ve screeningovém dotazníku, kde jsme se ptali na fyzické, psychické i neurologické onemocnění v přítomnosti i minulosti. Zároveň obsahoval screeningový dotazník také položku na užívanou medikaci.

Při posuzování psychometrických vlastností škály Self-disturbances byla hodnocena data získaná od celkem 182 účastníků, z toho 105 žen a 77 mužů. Jejich průměrný věk byl 28,2 se směrodatnou odchylkou 8,1 (rozložení věku viz graf 4). Nejčastější dosažené vzdělání bylo u srovnávací skupiny střední škola s maturitou (46%), druhým nejvíce zastoupeným dosaženým vzděláním pak byla vysoká škola s magisterským titulem (27%). Podrobněji je rozložení dosaženého vzdělání u zdravých dobrovolníků vidět v grafu (graf 5).



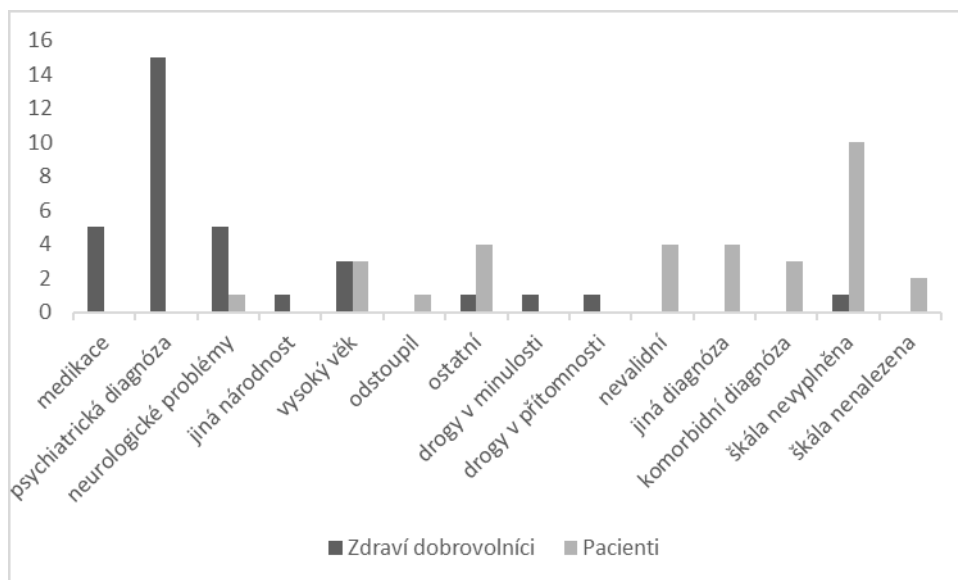
Graf 4 Rozložení věku srovnávací skupiny



Graf 5 Zastoupení vzdělání u srovnávací skupiny

5.2.3 Vyřazení účastníci

Část účastníků byla před analýzou dat vyřazena. Nejčastějším důvodem u srovnávací skupiny byla psychiatrická diagnóza nebo užívání medikace (např. antidepresiv). V následujícím grafu jsou znázorněny jednotlivé důvody pro vyřazení. (graf 6). Z grafu je patrné, že se u pacientů několikrát během sběru dat nestihla zadat škála self-disturbances.



Graf 6 Důvody k vyřazení ze studie

5.3 Použité metody

5.3.1 *Screeningový dotazník*

Pro sběr základních demografických údajů byl vytvořen screeningový dotazník. Dotazník byl zhotoven přes online formulář, participanté jej mohli buď sami vyplnit online (přes webové rozhraní NUDZ), nebo ho s nimi vyplnil administrátor, který se jich na jednotlivé položky zeptal. Screeningový dotazník byl vytvořen hned na začátku výzkumu, po prvních třech měsících sběru dat byl upraven a byly do něj přidány některé položky. Vzhledem k tomu, že výzkum je součástí větší studie, některé otázky ze screeningového dotazníku nejsou pro tento výzkum relevantní.

Screeningový dotazník 01

V první verzi dotazníku do něj byly zařazeny položky na tyto údaje: jméno, příjmení, e-mail, (pro možnost dobrovolníky kontaktovat), rodný jazyk, země a město pobytu, pohlaví, datum narození, stupeň dosaženého vzdělání, přítomnost fyzického omezení, užívané léky, psychiatrické nebo neurologické onemocnění v minulosti nebo přítomnosti. Kromě těchto základních údajů se dotazník ptal také na to, jakou rukou vykonávají účastníci dané činnosti. Jednalo se celkem o deset činností, cílem bylo zjistit laterální účastníků, protože součástí celé studie bylo vyšetření ve funkční magnetické rezonanci. Po lateralitě následovala ještě otázka, zda má účastník zájem i o funkční magnetickou rezonanci a pokud ano, zda nemá nějaké kontraindikace (například těhotenství nebo kovový implantát).

Screeningový dotazník 02

Druhá verze dotazníku byla vytvořena z důvodů možnosti sběru dat se zdravými dobrovolníky po telefonu. Z tohoto důvodu byl vytvořen nový informovaný souhlas, který je momentálně součástí online formuláře. Mezi základní údaje byla přidána otázka na telefonní číslo a dále byla přidána položka, ve které mohou účastníci vyplnit, kdy jim vyhovuje být kontaktováni výzkumným týmem. K celému dotazníku byla připojena jedna z metod, která je součástí zmiňované větší studie - jedná se o Dotazník vnitřní řeči. Druhá verze screeningového dotazníku je k dispozici k nahlédnutí v Příloze 3.

5.3.2 *Dotazník psychotických zážitků*

Jedná se o přeloženou verzi metody Questionnaire for Psychotic Experience (QPE). Metoda byla vytvořena v Nizozemí, jedná se o dotazník, který je aplikovatelný na všechny psychotické symptomy nezávisle na konkrétní diagnóze. Originální verze vykazuje dobré

psychometrické kvality, s dobrou úrovní vnitřní konzistence, konstruktovou validitou, test retestovou validitou i shodou posuzovatelů (Rossell et al., 2019). Do češtiny byl převeden členy našeho týmu a jeho standardizace a validizace pro české prostředí by měla být součástí diplomové práce realizované na katedře psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Dotazník je součástí přílohy 4.

Dotazník byl také nahrán do online formuláře <http://forms.nudz.cz>, vyplňuje ho administrátor, který klade otázky a zaznamenává odpovědi. Metoda zkoumá přítomnost halucinací a bludů, všechny otázky se týkají zážitků z posledních sedmi dnů. Dotazník je rozdělen na dvě části, první se zabývá halucinacemi (sluchovými, vizuálními, taktilními a čichovými), kombinovanými halucinacemi a zkušeností s vnímáním přítomnosti, druhá se zaměřuje na bludy, konkrétně se jedná o blud paranoidní, referenční, autoakuzační, blud ztráty kontroly, religiózní blud, grandiózní blud, psychosomatický blud, nihilistický blud a blud misidentifikace.

Pokud byly v posledních sedmi dnech přítomné sluchové nebo vizuální halucinace, následují dále položky zkoumající obsah halucinací, délku trvání, emoční náboj, prožívaný distres, vliv na každodenní činnosti, opakování obsahu, komplexita, lokalizaci, čas výskytu, jak si halucinace tázaný vysvětluje, zda s nimi interaguje apod. Kvantitativní položky se hodnotí na škále 0-5, možnosti kvalitativních položek (např. lokalizace nebo komplexita) jsou označeny písmeny. V oblasti taktilních a čichových halucinací se zkoumá pouze jejich frekvence, obsah a délka trvání.

U každého bludu, který byl přítomen v posledních sedmi dnech, se administrátor dále doptává na to, jak je o bludu přesvědčen, jak moc mu v posledním týdnu blud způsoboval nepříjemné stavy, do jaké míry ovlivnil blud negativně jeho každodenní aktivity.

5.3.3 Škála self-disturbances – narušení vlastního jáství

Škála je rozdělena do celkem šesti částí, první část se týká self-disturbances v oblasti vnímání a tato část je rozdělena ještě na pět dílčích částí (jedná se o vnímání vizuální, sociální, sluchové, čichové, taktilní), další částí jsou pak prožívání těla a jeho pohybů, myšlení, řeč a vzpomínky, zvlášť jsou pak uvedeny změny ve vnímání času a prostoru. Poslední část škály se věnuje dalším projevům, které mohou souviset s jevem self-disturbances a nepatří do žádné z předchozích částí. Jedná se o dostatek/nedostatek energie, problémy s koncentrací, zkušenosti s derealizací, syntézí nebo s pocitem, že je všechno propojeno a má specifický význam a další.

V každé oblasti SD je různý počet výroků, množství se pohybuje od 11 do 16. Celkový počet položek škály je 144. Škálu vyplňuje administrátor na základě odpovědí získaných od dotazovaného. Na začátku každé části je umístěna otázka, zda v poslední době (která je definována jako přibližně týden) zažil jedinec nějaké změny. Administrátor uveden několik příkladů, o jaké změny se může jednat a pokud jedinec odpoví, že změny zažil, doptává se ho na konkrétní podobu těchto změn. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na škále 0-4, podle toho, jak často daný jedinec jev zažívá (*0 – nikdy jsem to nezažil/a; 1 – zřídka se mi to stává; 2 – občas se mi to stane; 3 – stává se mi to často; 4 děje se mi to pořád*). Také tato metody byla vyplňována přes dotazníkové rozhraní NUDZ. Škála self-disturbances je součástí přílohy 5.

Výsledkem škály je skóre pro každou modalitu (vizuální vnímání, sociální vnímání, auditivní vnímání, čichové vnímání, taktilní vnímání, prožívání těla a jeho pohybů, myšlení, řeč a vzpomínky) a pro vnímání času a prostoru, součet všech modalit a vnímání času a prostoru dá dohromady celkový skóre self-disturbances. Kromě zmíněných výsledků nabízí ještě škály výsledky jednotlivých, které self-disturbances, které na základě svých výzkumů stanovil Mayer-Gross. Jedná se o novost, intenzitu, emoční valenci, narušení tvaru, nedostatek kontroly, alien agency, bez rozlišení reálnosti, reflexivitu a pohlčení detaily.

5.4 Sběr dat

Data byla sbírána od podzimu 2017 do podzimu roku 2019. Celkem se na sběru podílelo osm lidí (konkrétně se jednalo o dva psychology, pět studentů psychologie a jednu studentku medicíny). Všichni administrátoři byli seznámeni s jednotlivými metodami a než začali sami sbírat data, byli přítomni několika zadávání dotazníků již zaškolenými administrátory. Kromě toho se v průběhu konaly intervizní schůzky, kde se řešily nejasnosti ohledně administrace, aktuální teoretické poznatky i praktické věci ohledně celé studie. Byla to také možnost probrat problematické případy a zkušenosti se zadáváním metod.

Pro sběr dat se schizofrenními pacienty bylo využito spolupráce oddělení psychotických poruch v Národním ústavu duševního zdraví, kromě tohoto oddělení bylo využito také spolupráce s ambulantními doktory tamtéž a také s dalšími již zmíněnými pracovišti. Pacienti byli kontaktováni jedním z administrátorů osobně přímo v dané instituci, dostali

nabídku účastnit se studie společně s informovaným souhlasem. Pokud souhlasili s účastí, domluvil se s nimi termín na administraci dotazníků.

Dobrovolníci se přihlásili do výzkumu buď sami přes screeningový dotazník nebo byli osloveni někým z administrátorů. Administrace s nimi mohla být provedena buď osobně nebo také telefonicky (s pacienty probíhala vždycky osobně). Průběh administrace měl standardní pořadí, pokud nebyl ještě vyplněn screeningový dotazník, vyplnil se s účastníkem jako první. Následoval Dotazník psychotických zkušeností, v případě pacientů se administrátor doptal ještě na několik otázek, ohledně jejich psychotického onemocnění. Jednalo se zejména o diagnózu (kterou ne vždy věděli), počet prožitých atak, délku onemocnění, délku neléčeného psychotického onemocnění a kdy proběhla poslední ataka.

Po dotazníku psychotických zkušeností následovala administrace Škály narušení vlastního jáství. V některých případech byli již pacienti vyčerpaní nebo již neměli čas na zadávání další metody (to se týkalo i zdravých dobrovolníků). V takovém případě bylo cílem se s nimi domluvit na dalším termínu, ne vždy se to ale podařilo. Proto existuje část účastníků, u které sice byl administrován Dotazník psychotických zážitků ale ne Škála narušení vlastního jáství. Tito účastníci nemohli být do tohoto výzkumu zařazeni.

5.5 Etika výzkumu

Jak již bylo zmíněno, byl výzkum součástí větší studie, kterou schválila etická komise Národního ústavu duševního zdraví. Všichni účastníci měli před vstupem do studie k dispozici informovaný souhlas (viz Příloha 22), ať už ho dostali přímo během oslovení nebo si ho stáhli přes internet ze screeningového dotazníku. Účastníci byli informováni, že mohou kdykoliv ze studie odstoupit a dostali kontakt na kontaktní osoby. Kromě toho znali také cíle i průběh studie.

5.6 Analýza dat

Data byla analyzována za použití softwaru IBM SPSS Statistics 25, JASP a Rstudio, a MS Office Excel. Nejprve bylo potřeba spárovat data z jednotlivých nástrojů použitých pro sběr dat. Každému účastníkovi byl přiřazen specifický kód, který měl být použit pro spárování jednotlivých dat. Bohužel při zapisování kódů do dotazníků se vytvořilo spoustu chyb (opakující se identifikační kódy, záměny pacientů za dobrovolníky a opačně) a proto bylo často značně obtížné propojit jednotlivá data mezi sebou.

Pro základní úpravu dat, kódování demografických proměnných a propojení datových souborů byl využit program MS Office Excel. Porovnání SD mezi klinickou a srovnávací skupinou bylo provedeno za použití programu JAMOVİ, stejně jako získání některých deskriptivních údajů. Faktorová analýza byla provedena v Rstudiu a pro korelační analýzu byl využit program IBM SPSS.

6 Výsledky

6.1 Výsledky první části výzkumu

1. Dosahuje škála self-disturbances dostatečnou vnitřní konzistenci?

2. Dosahují jednotlivé subškály dostatečnou vnitřní konzistenci?

K posouzení vnitřní konzistence použitých metod byl vypočítán koeficient Cronbachovo α za použití kritérií George a Malleryho (2013): $\alpha \geq .9$ – vynikající, .8-.89 – dobré, .7-.79 – přijatelné, .6-.69 – diskutabilní, .5-.59 – slabé, $< .5$ – neakceptovatelné.

Vnitřní konzistence	
	α
Celá škála Self-disturbances	0,948

Tabulka 1 Celková vnitřní konzistence

Vnitřní konzistence	
Subškály	α
Oblast vizuálního vnímání	0,876
Oblast sociálního vnímání	0,824
Oblast sluchového vnímání	0,879
Oblast čichového vnímání	0,851
Oblast taktilního vnímání	0,879
Vnímání těla a jeho pohybů	0,831
Myšlení	0,9
Mluvení	0,854
Vzpomínání	0,832

Tabulka 2 Vnitřní konzistence

Na základě kritérií George a Malleryho (2013) lze říci, že celková vnitřní konzistence škály je vynikající a zároveň vnitřní konzistence všech subškál je dobrá.

6.2 Výsledky druhé části výzkumu

1. Liší se pacienti se schizofrenií v celkovém skóre self-disturbances oproti zdravým dobrovolníkům?

2. Liší se pacienti se schizofrenií v jednotlivých oblastech SD oproti zdravým dobrovolníkům?

3. Liší se pacienti se schizofrenií v jednotlivých kvalitách a projevech SD oproti zdravým dobrovolníkům?

Předpokladem bylo, že pacientům bude vycházet vyšší hrubý skóre v self-disturbances měřený Škálou narušení vlastního jáství. Dalšími předpoklady bylo, že pacienti budou dosahovat vyššího skóre ve všech modalitách (například vizuální vnímání, myšlení atd.) a ve všech vlastnostech self-disturbances definovaných Mayer-Grossem (například emoční valence, nedostatek kontroly atd.).

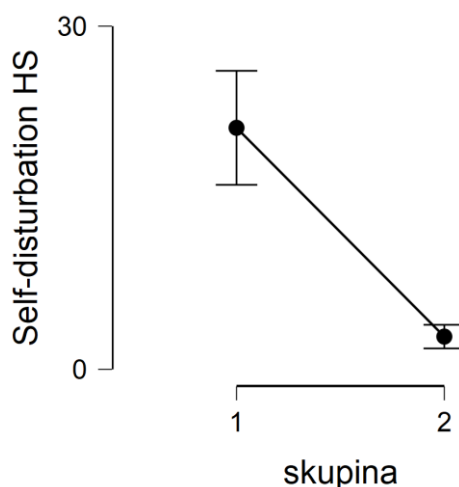
Vzhledem k povaze dat, neměly hodnoty normální rozdělení a ke statistickému zhodnocení rozdílu mezi skupinami ve zkoumaných parametrech byla proto použita neparametrická metoda.

Výsledky Mann-Whitneyho testu ukazují, že pacienti dosahují vyššího celkového skóru self-disturbances, vyšších hodnot u všech modalit ve vnímání času a prostoru i všech vlastností self-disturbances. Výsledky jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Rozdíl mezi skupinami v celkovém skóru škály Self-disturbances

	Self-disturbances HS	
	Klinická skupina	Srovnávací skupina
Průměr	21.113	2.863
Median	8	0
SD	29.051	7.054
Minimum	0	0
Maximum	142	52

Tabulka 3 Self Disturbances HS



Graf 7 Rozdíly mezi skupinami v self-disturbation HS

Rozdíl mezi skupinami v self-disturbances		
	W	P hodnota
Self-disturbances	18453,5	<0,001

Tabulka 4 Rozdíl mezi skupinami v self-disturbances

Rozdíl mezi skupinami v jednotlivých oblastech SD		
	W	P hodnota
Vizuální vnímání	14207	<0,001
Sociální vnímání	14362,5	<0,001
Auditivní vnímání	14786,5	<0,001
Vnímání pachů	13123,5	<0,001
Vnímání dotyků	13256	<0,001
Vnímání těla a jeho pohybů	14078	<0,001
Myšlenky	15145,5	<0,001
Řeč	15233	<0,001
Vzpomínky	13867,5	<0,001
Vnímání času a prostoru	13568	<0,01

Tabulka 5 Rozdíl mezi skupinami v jednotlivých oblastech SD

Rozdíl mezi skupinami ve vlastnostech SD		
	W	P hodnota
Novost	15648	<0,001
Intenzita	16327	<0,001
Emoční valence	16295,5	<0,001
Tvar	15605	<0,001
Nedostatek kontroly	16080,5	<0,001
Alien agency	14688,5	<0,001
Bez rozlišení reality	14894	<0,001
Reflexivita	15058	<0,001
Pohlčení detaily	16256	<0,001

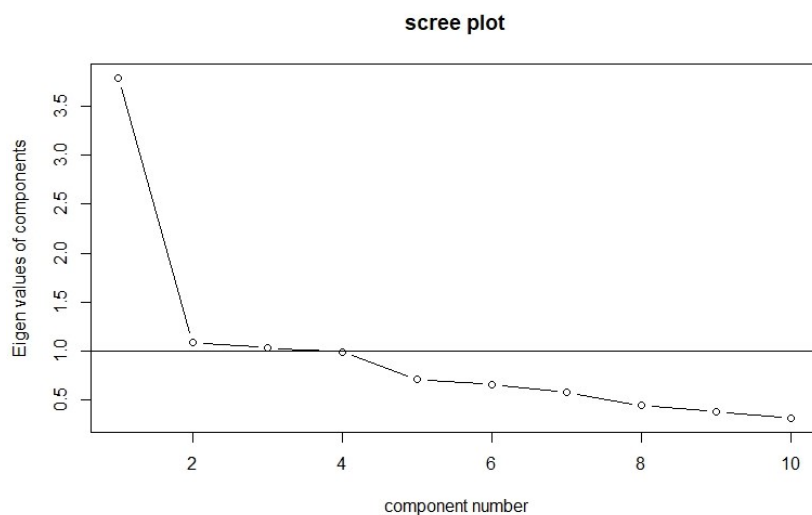
Tabulka 6 Rozdíl mezi skupinami ve vlastnostech SD

Na základě prezentovaných výsledků je zřejmé, že škála Self-disturbances kvalitně rozlišuje mezi klinickou skupinou pacientů se schizofrenií a srovnávací skupinou zdravých dobrovolníků.

6.3 Výsledky třetí části výzkumu

1. Jaká je struktura self-disturbances u schizofrenie?

Všechny analýzy v této výzkumné části byly provedeny na datech, která pocházela pouze od pacientů se schizofrenií. Pro zjištění struktury self-disturbances jsem použila explorační faktorovou analýzu. Sutinový graf ukazuje, že lze uvažovat o řešení s jedním až čtyřmi faktory, i když vlastní hodnota čtyřfaktorového řešení leží těsně pod hodnotou 1 (viz graf 8).



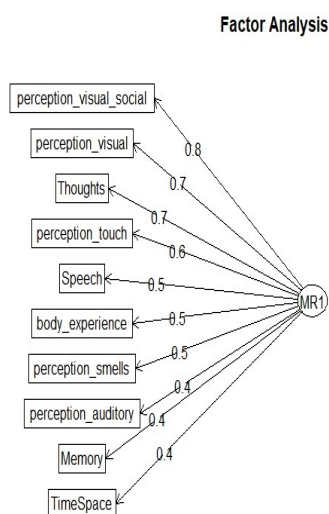
Graf 8 Sutinový graf

Jako metodu pro extrakci faktorů jsem použila metodu minimalizující rezidua. Použila jsem šikmou rotaci geominQ, kterou nabízí statistický program RStudio (RStudio Team, 2019). Dále uvádím výslednou structure matrix s jednotlivými loadings pro jednofaktorový model.

	MR1
Sociální vnímání	0.77
Vizuální vnímání	0.67
Myšlenky	0.66
Taktilní vnímání	0.58
Řeč	0.54
Vnímání těla a jeho pohybu	0.53
Čichové vnímání	0.45
Auditivní vnímání	0.45
Paměť	0.44
Vnímání času a prostoru	0.41

Tabulka 7 Výsledky jednofaktorového řešení

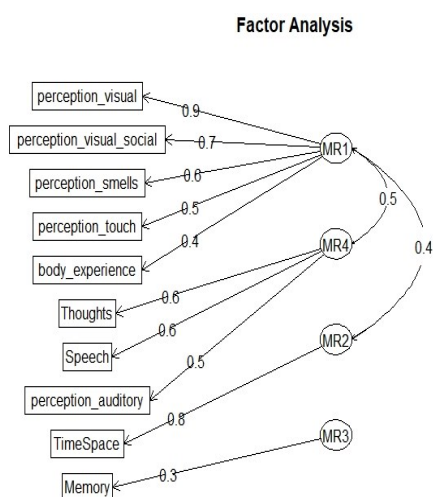
Jiné znázornění přináší následující diagram:



Graf 9 Diagram jednofaktorového řešení

Vzhledem k tomu, že se faktorové náboje pohybují od 0,41 do 0,77, lze tento jednofaktorový model považovat za dostačující pro účely tohoto výzkumu, a zároveň lze říct, že ke struktuře self-disturbances je možné přistupovat jako k fenoménu, který se nějakým způsobem projevuje ve všech oblastech.

Také bych na tomto místě chtěla zmínit čtyřfaktorový model, který se po jednofaktorovém jeví jako nejvhodnější, viz následující diagram:



Graf 10 Diagram čtyřfaktorového modelu

2. Koreluje závažnost auditivních a vizuálních halucinací se self-disturbances u pacientů se schizofrenií?

3. Koreluje závažnost auditivních a vizuálních halucinací s jednotlivými modalitami SD u pacientů se schizofrenií?
4. Koreluje závažnost auditivních a vizuálních halucinací s jednotlivými kvalitami a projevy SD u pacientů se schizofrenií?

Na základě nenormálního rozdělení dat byl pro výpočet korelace použit Supermanův korelační koeficient. Výsledky ukazují signifikantní korelaci mezi self-disturbances a sluchovými i vizuálními halucinacemi.

Korelace závažností halucinací a self-disturbances			
		Auditivní hal	Vizuální hal
Self-disturbances	Korel. koeficient	0,244	0,374
	p hodnota	<0,001	<0,001

Tabulka 8 Korelace závažností halucinací a self-disturbances

Korelace závažností halucinací a modalit SD			
		Auditivní hal	Vizuální hal
Vizuální vnímání	Korel. koeficient	0,1	0,383
	p hodnota	>0,05	>0,001
Sociální vnímání	Korel. koeficient	0,07	0,193
	p hodnota	>0,05	<0,05
Auditivní vnímání	Korel. koeficient	0,372	0,346
	p hodnota	<0,001	<0,001
Vnímání pachů	Korel. koeficient	0,236	0,149
	p hodnota	<0,05	>0,05
Vnímání doteky	Korel. koeficient	0,034	0,178
	p hodnota	>0,05	<0,05
Vnímání těla jeho pohybů	Korel. koeficient	0,046	0,195
	p hodnota	>0,05	<0,05
Myšlenky	Korel. koeficient	0,113	0,213
	p hodnota	>0,05	<0,05
Řeč	Korel. koeficient	0,215	0,197
	p hodnota	<0,05	<0,05
Vzpomínky	Korel. koeficient	0,042	0,137
	p hodnota	>0,05	>0,05
Vnímání času a prostoru	Korel. koeficient	0,073	0,122
	p hodnota	>0,05	>0,05

Tabulka 9 Korelace závažností halucinací a modalit SD

Korelace závažností halucinací a vlastností SD			
		Auditivní hal	Vizuální hal
Novost	Korel. koeficient	0,268	0,345
	p hodnota	<0,001	<0,001
Intenzita	Korel. koeficient	0,147	0,248
	p hodnota	>0,05	<0,05
Emoční valence	Korel. koeficient	0,106	0,276
	p hodnota	>0,05	<0,05
Narušení tvaru	Korel. koeficient	0,272	0,294
	p hodnota	<0,05	<0,001
Nedostatek kontroly	Korel. koeficient	0,240	0,276
	p hodnota	<0,05	<0,05
Alien Agency	Korel. koeficient	0,214	0,226
	p hodnota	<0,05	<0,05
Bez rozlišení reality	Korel. koeficient	0,345	0,357
	p hodnota	<0,001	<0,001
Reflexivita	Korel. koeficient	0,171	0,151
	p hodnota	>0,05	>0,05
Pohlčení detaily	Korel. koeficient	0,127	0,269
	p hodnota	>0,05	<0,05

Tabulka 10 Korelace závažností halucinací a vlastností SD

6.4 Shrnutí výsledků

Výsledky jednotlivých částí výzkumu na sebe navazují a dávají dohromady komplexní obraz o self-disturbances a jeho propojení se schizofrenií a halucinacemi. V první části byla ověřena vnitřní konzistence nově vyvinuté nástroje, celková vnitřní konzistence vyšla jako vynikající pro celý nástroj a jako dobrá pro jednotlivé subškály (viz tabulka 1 a 2).

V druhé části se povedlo ověřit, že se jedinci se schizofrenií liší v SD oproti zdravým dobrovolníkům, a to v celkovém skóre, v oblastech SD i jeho vlastnostech. Všechny hypotézy z této části byly přijaty (tabulka 4 – 6). Celkem se jednalo o 20 hypotézy (H1 – H20).

V třetí části byla prozkoumána blíže struktura self-disturbances. Jako dostatečně vyhovující se jevil jednofaktorový model. Jako druhý vhodný pak byl definován čtyřfaktorový model.

Dále byla provedena korelační analýza, na základě, které bylo přijato 25 hypotéz (z celkového počtu 40 pro tuto výzkumnou část). Signifikantní pak vyšly pozitivní korelace mezi závažností auditivních halucinací a celkovým hrubým skóre škály self-disturbances, SD v oblasti auditivního vnímání, SD v oblasti čichového vnímání a v oblasti řeči. Dále pak také mezi auditivními halucinacemi a novostí, narušením tvaru, nedostatkem kontroly, alien agency a problémy s rozlišením reálnosti vnímaného podnětu (tabulky 8- 10).

Se závažností auditivních korelací pak pozitivně korelovalo celkové SD, SD v oblasti vizuálního vnímání, auditivního vnímání, taktilního vnímání, vnímání vlastního těla a jeho pohybů, myšlení a řeči. Dále korelovala závažnost auditivních halucinací se všemi kvalitami SD kromě reflexivity (novost, intenzita, emoční valence, narušení tvaru, nedostatek kontroly, alien agency, bez rozlišení reality a pohlčení detaily).

7 Diskuze

7.1 Výsledky

7.1.1 *Výsledky první části výzkumu – vývoj škály*

V první části výzkumu jsem sledovala psychometrické kvality Škály self-disturbances. Zaměřila jsem se na vnitřní konzistenci a výsledky ověřily, že se jedná o spolehlivý nástroj. Reportované úrovně vnitřní konzistence jsou založeny na výsledcích škály a jednotlivých subškál u celého souboru, tedy dohromady pro klinickou i srovnávací skupinu. Uvědomuji si, že někdy bývá uvedena vnitřní konzistence pro jednotlivé skupiny zvlášť, ale vzhledem k tomu, že se Škála self-disturbances patrně neplánuje používat pro zdravou populaci, rozhodla jsem se, že nemá smysl reportovat vnitřní konzistenci zvlášť pro srovnávací skupinu zdravých dobrovolníků. Zároveň jsem se nechtěla omezovat pouze na klinickou skupinu, protože se self-disturbances může vyskytnout i u zdravých jedinců, a proto mi přišlo jako nejlepší řešení reportovat hodnoty vnitřní konzistence pro celý soubor. Zvažovala jsem také, zda nezařadit do výzkumné části položkové analýzy, ale vzhledem k tomu, že vývoj nástroje není hlavním cílem mé diplomové práce ani empirické části, jsem se rozhodla položkové analýzy nakonec nezahrnout. Domnívám se, že pro další vývoj škály by bylo vhodné provést redukci položek, např. některé položky byly vyplněny méně než 10% pacientů se schizofrenií a lze tedy očekávat, že se jedná o projevy SD, které se během schizofrenie příliš nevyskytují. Dále bych navrhovala vypočítat korelaci každé položky s hrubým skórem, a to jednak s celkovým hrubým skóre celé škály a také s celkovým skóre subškály, ve které je daná položka zařazena. Na základě zjištěných korelací by bylo vhodné vyřadit položky, které by dosáhly nízkých korelací. V tuto chvíli se plánuje vydání Škály self-disturbances a její zapojení do dalších výzkumných projektů, ovšem před těmito kroky bude podle mě vhodné provést mnou navrhované položkové analýzy. Věřím, že vzhledem k mému výzkumnému záměru je informace o vnitřní konzistenci v tuto chvíli dostačující.

7.1.2 *Výsledky druhé části výzkumu*

V druhé části výzkumu jsem ověřila, že se klinická skupina pacientů se schizofrenií liší v self-disturbances oproti srovnávací skupině zdravých dobrovolníků, a to nejen v celkovém skóre, ale i ve všech oblastech včetně vnímání času a prostoru, a také ve všech kvalitách self-disturbances podle Mayer-Grosse. Potvrzené rozdíly celkového skóre a skóre

v jednotlivých oblastech self-disturbances jsou v souladu s předchozími výsledky (Cicero et al., 2017; Klaunig et al., 2018). Zároveň se domnívám, že fakt, že se pacienti se schizofrenií liší od zdravých dobrovolníků také ve všech vlastnostech self-disturbances podle Mayer-Grosse (novost, intenzita, emoční valence, narušení tvaru, ztráta kontroly, alien agency, nerozlišování nereálnosti podnětu, reflexivita a pohlcení detaily), potvrzuje, že se jedná o základní charakteristiky self-disturbances. Popíšu-li to polopatičtěji, tyto výsledky prokazují, že jedinci se schizofrenií skutečně vnímají vjemy, které znají, jako nové a překvapivé. Jejich změněné prožívání je pro ně značně intenzivní a s emočním nábojem, zároveň vnímají absenci kontroly nad tímto změněným prožíváním a připouští možnost, že je ovlivňováno někým jiným (vnější nadpřirozenou silou). Kromě toho také zažívají ztrátu struktury jednotlivých oblastí psychického prožívání a mají potřebu věnovat pozornost nedůležitým detailům a hledat za nimi smysl. Toto všechno se pojí se sníženou schopností tyto zkušenosti reflektovat a popisovat.

7.1.3 Výsledky třetí části výzkumu

Ve třetí části výzkumu jsem nejprve prezentovala výsledky faktorové analýzy, kdy jsem se rozhodla pro jednofaktorový model. Je potřeba si uvědomit, že se jedná pouze o explorativní metodu, a rozhodně je potřeba v budoucnu tuto analýzu doplnit o faktorovou konfirmační analýzu a ověřit, zda je tento model skutečně funkční. Kromě tohoto jednofaktorového modelu se jevílo jako použitelné řešení také čtyřfaktorový model, který nebyl v této práci dále analyzován. Domnívám se, že v dalších výzkumných šetřeních by bylo vhodné se jím zabývat. Jako nedostatek této části výzkumu vnímám, že faktorová analýza byla provedena na jednotlivých doménách Škály self-disturbances místo použití všech položek. Bohužel nebylo možné vypočítat explorační faktorovou analýzu na všech položkách vzhledem k velkému množství položek metody, a oproti tomu nedostatečně velkému výzkumnému souboru. Doporučuji pro další vývoj škály, ale i k hlubšímu porozumění self-disturbances, zredukovat počet položek tohoto nástroje a provést explorační faktorovou analýzu na všech zbylých položkách, ideálně s použitím většího souboru. Zároveň vidím jako smysluplné vypočítat také faktorovou analýzu na položkách každé domény zvlášť.

Prezentované výsledky jednofaktorového řešení ukazují, že je možné na self-disturbances nahlížet jako na fenomén s jednotnou strukturou, kde jsou jednotlivé oblasti různě zastoupeny.

Dále jsem se ve třetí části výzkumu zabývala vztahem mezi halucinacemi a self-disturbances. Vzhledem k tomu, že jsem ověřila, že je k self-disturbances možné přistupovat jako k jednotnému celku, lze předpokládat, že korelace celkového hrubého skóre self-disturbances se závažností halucinací odráží vztah mezi všemi částmi self-disturbances vůči halucinacím.

Korelace mezi hrubým skórem self-disturbances a závažností halucinací vyšly pozitivně jak u auditivních, tak u vizuálních halucinací, s tím, že o něco vyšší vyšla korelace s vizuálními halucinacemi. Nejedná se o příliš vysoké korelace (0,244; 0,374), což ale zároveň ukazuje, že se jedná sice o související, nikoli však o totožné fenomény. Jako lehce překvapivé vnímám, že vyšla vyšší korelace hrubého skóru SD s vizuálními halucinacemi. Jedním z možných vysvětlení může být nízké zastoupení pacientů s přítomnými vizuálními halucinacemi (n=16), což mohlo zkreslit výsledná data. Celkově je překvapivé, že vizuální halucinace dosahují vyšších korelací s oblastmi SD než auditivní halucinace.

Pozitivní korelace mezi self-disturbances v oblasti myšlení a závažnosti auditivních halucinací (0,372) by mohla podporovat teorii, že auditivní sluchové halucinace a narušení myšlení v podobě ztráty jeho vlastnictví a možnosti ho ovlivnit se více liší v úrovni než v druhu prožitku (Billon, 2013). Tuto teorie dále podporují korelace mezi závažností auditivních halucinací a kvalitou self-disturbances alien agency (0,214) a také kvalitou SD nedostatek kontroly (0,245). tyto vlastnosti odpovídají popsané ztrátě vlastnictví i ztrátě vlivu na vlastní myšlenky.

Celkově výsledky korelační studie naznačují, že v případě halucinací (minimálně auditivních a vizuálních) nelze mluvit jako o fenoménu, který je prožíván jako statický, ale jedná se naopak o fenomén propojený s prožitky, které nejsou přímo halucinacemi, ale jedná se o jemnější narušení v různých oblastech (jako jsou například vkládané myšleny a další), což je v souladu s poznatky jiných odborníků (Pienkos et al., 2019). Výsledky prezentovaného výzkumu pak poukazují na vztah auditivních halucinací a narušení v oblasti auditivní, olfaktorické i řečové. Kromě toho se zde ukazuje souvislost mezi auditivními halucinacemi, prožívanou novostí známých podnětů, narušení tvaru a struktury, nedostatek kontroly, alien agency a nerozlišování reálnosti podnětu. Vzhledem k tomu, že se jedná o výsledky mapujícího výzkumu, je potřeba je dále ověřit a blíže prozkoumat.

Pro další zkoumání vidím jako podnětné vypočítat korelace ne s celkovým skóre, ale s faktorovým skóre vypočítaným na základě faktorové analýzy. Tyto výsledky by mohly

pomoci hlubšímu porozumění vztahu mezi self-disturbances a halucinacemi. Jako ideální pak vnímám využití čtyřfaktorového modelu a korelovat jeho jednotlivé faktory s halucinacemi zvlášť. Nicméně se domnívám, že by tyto analýzy již byly nad rozsah této práce a věřím, že zde prezentované výsledky korelačních studií jsou pro tuto mapující část výzkumu dostatečné.

7.2 Metodologie

7.2.1 Metody

Hlavním nástrojem výzkumu je dozajista Škála self-disturbances. Není zřejmě typické a ani pro metodologicky ideální, aby během výzkumu byl pro ověření hypotéz použit nástroj, který je zároveň během realizace vyvíjen. Tento netradiční postup je zapříčiněn zejména faktem, že je zde prezentovaný výzkum součástí větší studie, ve které bylo od začátku plánováno vytvořit výzkumný nástroj pro měření self-disturbances a použít ho jako jednu z metod. Přestože by dle mého názoru byl správný metodologický postup takový, kde by se nejprve zvlášť vyvíjel nástroj a teprve po vytvoření standardizované verze by se začal používat pro výzkumné účely, na základě zjištěné vnitřní konzistence se aktuální forma nástroje jeví jako dostatečně spolehlivá.

Diskutabilní může být, proč nebyla pro zjišťování self-disturbances použita nějaká již vytvořená metoda, které jsou popsány ve třetí kapitole teoretické části. Jak ale bylo také dále popsáno, tyto metody se sice zabývají self-disturbances, nicméně teoretická východiska, ze kterých vycházejí jsou odlišná a pro potřeby tohoto výzkumu jsou zmiňované existující nástroje nepoužitelné. Škála self-disturbances, která byla během výzkumu vyvinuta je jediným nástrojem, vycházejícím s fenomenologického přístupu německého psychiatra Mayer-Grosse.

Druhou použitou metodou byl Dotazník psychotických zkušeností, z jehož výsledků byla zjišťována závažnost auditivních a vizuálních halucinací. Kromě toho měří dotazník přítomnosti olfaktorických a taktilních halucinací, zkušenosti s multimodálními halucinacemi. Další část je věnována přítomnosti bludům a jejich závažnosti. Data z této části dotazníku nebyla v tomto výzkumu vůbec zahrnuta. Jisté je, že existují i další nástroje, které se zabývají halucinacemi a psychotickými zkušenostmi, například PANSS, který se zaměřuje na pozitivní a negativní příznaky, PSYRATS, zaměřující se na halucinace a psychotické zkušenosti. Jednou z výhod, které spatřuji v použití QPE, že se jedná o poměrně novou metodu (vznikla v roce 2015), kterou momentálně používají

výzkumné skupiny ve zhruba tolika a tolika zemích, udržují mezi sebou spolupráci a získané výsledky porovnávají.

Dotazník psychotických zkušeností je v současnosti validizován pro české prostředí v rámci diplomové práce realizované na katedře psychologie FF UK. Standardizace a validizace probíhá na datech, která jsou zároveň částečně využita ve zde prezentovaném výzkum. Nepovažuji to za ideální metodologický postup, nicméně vzhledem k tomu, že se zde jedná primárně o explorativní výzkum, kdy se předpokládá, že výsledky budou dále potvrzovány a prohloubeny, nemusí se jednat až o takový problém.

7.2.2 Výzkumný soubor

Výběr účastníků je jistým limitem výzkumu, jelikož větší část zdravých dobrovolníků byla oslovena z okruhu známých jednotlivých administrátorů. Zároveň se obě skupiny mezi sebou liší v demografických údajích, a to ať už se jedná o rozložení věku, distribuci pohlaví nebo dosaženého vzdělání. Vzhledem k těmto rozdílům je pak otázka, zda zjištěné rozdíly mezi skupinami nemohou být ovlivněny také těmito sociodemografickými proměnnými. Pro další ověření vztahu mezi self-disturbances a schizofrenií by bylo vhodné vliv těchto proměnných eliminovat nebo ověřit, zda nemohou intervenovat do výsledků. Navrhuji proto vypočítat buď invarianci mezi jednotlivými demografickými skupinami (např. pohlaví) a dále provést regresní analýzy.

7.2.3 Sběr dat

Určitým limitem výzkumu potenciálně mohlo být, že se na sběru podílelo větší množství lidí a je možné, že jejich způsoby administrace se od sebe odlišovaly natolik, až to mohlo zkreslit výsledky. Přestože jsme organizovali intervizní schůzky, pravdou je, že občas jsme zjistili, že naše způsoby zadávání se vzájemně liší. Jako další limit vnímám také určitou náročnost celé administrace, zejména pro některé pacienty bylo občas vyčerpávající účastnit se administrace několika dotazníků za sebou. Tato únava někdy mohla způsobit sníženou validitu odpovědí pacientů a občas byla také důvodem, proč nebyly administrovány všechny metody. Pro některé účastníky studie bylo často také značně emotivní hovořit o svých zkušenostech s psychotickým onemocněním. Několikrát se stalo, že se účastník během administrace rozplakal.

7.3 Další limity výzkumu

Samotné zkoumání schizofrenie je poměrně náročné z mnoha hledisek. Jak bylo popsáno v teoretické části, mění se jednotlivé psychotické symptomy během fází onemocnění schizofrenie, což například znamená, že mimo akutní epizody nebývají příliš přítomné pozitivní symptomy (Tandon et al., 2009). Zároveň během přítomnosti pozitivních symptomů (např. halucinace nebo bludy) může být pro dotyčného náročné o svých zkušenostech mluvit. Jedním z důvodů je také fakt, že popsat změněné prožitky, které se vyvíjí během self-disturbances, je obecně obtížné, jak již bylo v této práci dříve zmiňováno (Aaron Mishara & Zaytseva, 2018; Parnas, Møller, et al., 2005). Navíc samotná přítomnost pozitivních příznaků může narušovat otevřenost pacienta hovořit o svých zkušenostech. Jako příklad bych uvedla, když jsem zpětně po jedné administraci s pacientem zjistila, že mu jeho hlasy zakázaly se mnou sdílet jeho prožitky.

Určitým limitem výzkumu je také fakt, že se zaměřoval na aktuální období (konkrétně posledních 7 dní). V předchozím odstavci jsem popsala, že pro pacienty může být obtížné z různých důvodů mluvit o jejich aktuálních změněných prožitcích, opakovaně jsem se ale setkávala s pacienty, kteří byli schopni zpětně velmi detailně popsat své zkušenosti s halucinacemi i se self-disturbances. Vzhledem k tomu, že se však nejednalo o aktuální prožitky, nemohly být zahrnuty do tohoto výzkumu. Z tohoto důvodu se domnívám, že pro hlubší porozumění self-disturbances by mohlo být přínosné zaměřit se na zkušenosti s nimi. Výhodou takového přístupu by mohl být také větší náhled pacientů na své onemocnění i prožité zkušenosti.

Specifickým aspektem během administrace bylo, že se opakovaně stávalo, že pacient se během větší části administrace jevil jako bez sebemenšího psychotického symptomu a téměř ke konci administrace se ukázalo, že navzdory tomu je u něj přítomná celá řada psychotických symptomů. Tyto situace bylo někdy obtížné interpretovat, občas zjevně bylo pacientovým záměrem zatajit administrátorovi své skutečné prožitky a symptomy. Ale v některých případech se ukázalo, že se jedná o nepochopení instrukcí nebo terminologii, což se stávalo například v otázkách zaměřených na slyšení hlasů u pacientů se silně ozvučenými myšlenkami, které ale nepovažovali za hlasy.

Kromě všech již zmíněných limitů prezentovaného výzkumu vnímám jako jedno z omezení jeho celkovou komplexnost. Už samotný fakt, že je výzkum rozdělený na tři části, vnímám v rámci diplomové práce jako poměrně nestandardní. Když jsem se k tématu své diplomové práce přihlásila, netušila jsem, o jak moc obsáhlou problematiku se jedná. I

přes určité komplikace, které to způsobilo, vnímám, že mi tento výzkum přinesl mnoho zkušeností a obohatil mě v rámci mého odborného i osobního života.

7.4 Teoretická část

Ráda bych využila tuto možnost a vyjádřila se taky k teoretické části, kterou jsem rozdělila na tři kapitoly. V první kapitole jsem se zabývala schizofrenií a popsala jsem průběh tohoto onemocnění a symptomy. Snažila jsem se vybírat informace, které jsou relevantní k tématu self-disturbances. Z tohoto důvodu jsem zmínila také některé historické souvislosti, přestože si jinak myslím, že nemá smysl zacházet v diplomových pracích u každého zmíněného pojmu hluboko do historie. Do kapitoly o schizofrenii jsem naopak nezařadila informace o vzniku a rizikových faktorech pro schizofrenii. Ačkoli si myslím, že se jedná o důležité téma, tak se domnívám, že nesouvisí s problematikou self-disturbances, což bylo důvodem k nezakomponování do tohoto textu.

V druhé kapitole jsem se věnovala halucinacím. Stručně jsem popsala jejich druhy a zaměřila se hlavně na charakteristiky auditivních halucinací u pacientů se schizofrenií. Původně jsem přemýšlela, zda do této části práce nezahrnout také neurobiologické souvislosti halucinací. Nakonec jsem se vzhledem k rozsahu této práce rozhodla se zaměřit zejména na fenomenologické hledisko celé problematiky.

Třetí kapitolu vnímám jako nejpřínosnější z celé této diplomové práce, neboť v ní popisuji a shrnuji pojem self-disturbances, a to od jeho vzniku až po současné poznatky. Na základě mnou dohledaných informací se domnívám, že se jedná o první text v českém jazyce, který by o této problematice pojednával. Vzhledem k tomu, že pojem self-disturbances vznikl na začátku minulého století v německém prostředí, je většina původních zdrojů obtížněji dosažitelná a vzhledem k tomu, že momentálně dostatečně neovládám německý jazyk, vycházela jsem v části o původu pojmu ze sekundárních zdrojů. Považuji téma self-disturbances za důležité, protože se ukazuje i ve zde prezentovaném výzkumu, že se jedná o důležitý pohled na schizofrenní onemocnění, který nám může pomoci lépe pochopit prožívání tohoto onemocnění a potenciálně ho i kvalitněji diagnostikovat a léčit. Vnímám jako velmi cennou zkušenost, že jsem k většímu pochopení této problematiky mohla také přispět.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo prozkoumat propojení mezi halucinacemi a self-disturbances u schizofrenního onemocnění. V teoretické části práce jsem nastínila některá východiska, ze kterých je možné tento vztah odvozovat.

Výsledky empirické části podporují předpoklad, že se self-disturbances vyskytují během schizofrenie a že souvisí s přítomností a závažností auditivních i vizuálních halucinací. Výzkum fenomenologie schizofrenie se potýká s řadou obtíží, už jen z toho důvodu, že pro pacienty bývá náročné popsat své prožívání, které se vymyká tomu, jak člověk běžně zažívá sebe a svět okolo. Přesto věřím, že deklarované výsledky jsou přínosné a mohou sloužit jako důležitý podklad pro další bádání.

Škála Self-disturbances, která vznikla během výzkumu, se ukázala jako spolehlivý nástroj a může být dále rozvíjena a použita pro výzkumné účely. Vzhledem k výsledkům výzkumu se domnívám, že také pro diagnostiku psychotických onemocnění by mohlo být v budoucnu přínosné rozšířit ji o nástroj měřící self-disturbances. Mohlo by to napomoci zdravotníkům dozvědět se více o konkrétním prožívání daného pacienta, navíc jak bylo popsáno v teoretické části, dle výsledků zahraničních studií, má self-disturbances značně prediktivní charakter pro psychotická onemocnění.

Použité zdroje

- Anketell, C., Dorahy, M. J., Shannon, M., Elder, R., Hamilton, G., Corry, M., ... O'Rawe, B. (2010). An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: Potential associated mechanisms. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11(1), 93–107. <https://doi.org/10.1080/15299730903143600>
- Beck, A. T. (2011). *Schizophrenia : cognitive theory, research, and therapy*. Guilford Press.
- Billon, A. (2013). Does consciousness entail subjectivity? The puzzle of thought insertion. *Philosophical Psychology*, 26(2), 291–314. <https://doi.org/10.1080/09515089.2011.625117>
- Byrne, S. (2006). *A casebook of cognitive behaviour therapy for command hallucinations : a social rank theory approach*. Routledge.
- Cicero, D. C., Neis, A. M., Klaunig, M. J., & Trask, C. L. (2017). The Inventory of Psychotic-Like Anomalous Self-Experiences (IPASE): Development and validation. *Psychological Assessment*, 29(1), 13–25. <https://doi.org/10.1037/pas0000304>
- Cornblatt, B., Obuchowski, M., Roberts, S., Pollack, S., & Erlenmeyer-Kimling, L. (1999). Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia. *Development and Psychopathology*, 11(3), 487–508. <https://doi.org/10.1017/S0954579499002175>
- Cutting, J. (John C. . (1990). *The right cerebral hemisphere and psychiatric disorders*. Oxford University Press.
- Drake, R. J., Dunn, G., Tarrier, N., Haddock, G., Haley, C., & Lewis, S. (2003). The evolution of symptoms in the early course of non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 63(1–2), 171–179. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00334-1](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00334-1)
- Ebert, A., & Bär, K. J. (2010, April). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry*, Vol. 52, pp. 191–192. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- Gaebel, W., & Kerst, A. (2019). The debate about renaming schizophrenia: A new name would not resolve the stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 258–261. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000513>
- Gallagher, S. (2011). The Oxford Handbook of the Self. In *The Oxford Handbook of the*

Self. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199548019.001.0001>

- Garrett, M., & Silva, R. (2003). Auditory Hallucinations, Source Monitoring, and the Belief That “Voices” Are Real. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 29, pp. 445–457. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007018>
- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS statistics 23 step by step : a simple guide and reference*.
- Hafner, H., an der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Löffler, W., ... Stein, A. (1998). Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 99–113. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033317>
- Hamner, M. B., Frueh, B. C., Ulmer, H. G., & Arana, G. W. (1999). Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45(7), 846–852. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(98\)00301-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(98)00301-1)
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178(JUNE), 506–517. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.506>
- Henriksen, M. G., & Parnas, J. (2012). Clinical manifestations of self-disorders and the gestalt of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 657–660. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs033>
- Hoffman, R. E., Varanko, M., Gilmore, J., & Mishara, A. L. (2008). Experiential features used by patients with schizophrenia to differentiate “voices” from ordinary verbal thought. *Psychological Medicine*, 38(8), 1167–1176. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002395>
- Humpston, C. S., & Broome, M. R. (2016). The Spectra of Soundless Voices and Audible Thoughts: Towards an Integrative Model of Auditory Verbal Hallucinations and Thought Insertion. *Review of Philosophy and Psychology*, 7(3), 611–629. <https://doi.org/10.1007/s13164-015-0232-9>
- IBM. (2017). *IBM SPSS statistics*.
- ICD-11. (n.d.). Retrieved December 15, 2019, from <https://icd.who.int/en>

- ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. (n.d.). Retrieved December 15, 2019, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1683919430>
- Iyer, S. N., Boeckstyn, L., Cassidy, C. M., King, S., Joobar, R., & Malla, A. K. (2008). Signs and symptoms in the pre-psychotic phase: Description and implications for diagnostic trajectories. *Psychological Medicine*, 38(8), 1147–1156. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003152>
- JASP TEAM. (2019). *JASP*.
- Jay, M. (2019). *Mescaline: A Global History of the First Psychedelic*. Yale: Yale University Press.
- Jenner, J. A., Rutten, S., Beuckens, J., Boonstra, N., & Sytema, S. (2008). Positive and useful auditory vocal hallucinations: prevalence, characteristics, attributions, and implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 238–245. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01226.x>
- Jones, S. R. (2010). Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 36, pp. 566–575. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn129>
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., ... Mehta, R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 399–403. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e08c27>
- Kirkpatrick, B., & Fischer, B. (2006). Subdomains within the negative symptoms of schizophrenia: Commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 246–249. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj054>
- Klaunig, M. J., Trask, C. L., Neis, A. M., Cohn, J. R., Chen, X., Berglund, A. M., & Cicero, D. C. (2018). Associations among domains of self-disturbance in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.082>
- Klosterkötter, J., Schultze-Lutter, F., & Ruhrmann, S. (2008). Kraepelin and psychotic prodromal conditions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*,

258(SUPPL. 2), 74–84. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-2010-5>

- Køster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., & Rosenbaum, B. (2008). Gender differences in first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12), 940–946. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0384-3>
- Lee, T. M. Y., Chong, S. A., Chan, Y. H., & Sathyadevan, G. (2004). Command hallucinations among Asian patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(12), 838–842. <https://doi.org/10.1177/070674370404901207>
- Leudar, I., Thomas, P., McNally, D., & Glinski, A. (1997). What voices can do with words: Pragmatics of verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 27(4), 885–898. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005138>
- Luoma, S., Hakko, H., Ollinen, T., Järvelin, M. R., & Lindeman, S. (2008). Association between age at onset and clinical features of schizophrenia: The Northern Finland 1966 birth cohort study. *European Psychiatry*, 23(5), 331–335. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.03.005>
- Lyne, J., O'Donoghue, B., Owens, E., Renwick, L., Madigan, K., Kinsella, A., ... O'Callaghan, E. (2012). Prevalence of item level negative symptoms in first episode psychosis diagnoses. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.004>
- Mackay, A. V. P., & Crow, T. J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*, 137(4), 379–386. <https://doi.org/10.1192/s0007125000071919>
- Maruta, T., & Matsumoto, C. (2019, June 1). Renaming schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 28, pp. 262–264. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000598>
- McCarthy-Jones, S. (2012). Hearing voices: The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations. In *Hearing Voices: The Histories, Causes and Meanings of Auditory Verbal Hallucinations*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139017534>
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2018. (2018). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Microsoft Corporation. (2013). *Excel*.

Mishara, A., Bonoldi, I., Allen, P., Rutigliano, G., Perez, J., Fusar-Poli, P., & McGuire, P. (2016). Neurobiological models of self-disorders in early schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 874–880. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv123>

Mishara, A, Lysaker, P. H., & Schwartz, M. A. (2014). Self-disturbances in schizophrenia: History, phenomenology, and relevant findings from research on metacognition. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 5–12. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt169>

Mishara, Aaron, & Zaytseva, Y. (2018). *Phenomenal consciousness and its disorders (hallucinations)*. Hallucinations and Phenomenal Consciousness. Oxford University Press

Modestin, J., Huber, A., Satirli, E., Malti, T., & Hell, D. (2003). Long-Term Course of Schizophrenic Illness: Bleuler's Study Reconsidered. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2202–2208. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2202>

Møller, P., Haug, E., Raballo, A., Parnas, J., & Melle, I. (2011). Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: Interrater reliability. *Psychopathology*, 44(6), 386–390. <https://doi.org/10.1159/000325173>

Moritz, S., & Larøi, F. (2008). Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research*, 102(1–3), 96–107. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.007>

Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie : neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén.

Nayani, T. H., & David, A. S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26(1), 177–189. <https://doi.org/10.1017/s003329170003381x>

Nelson, B., Li, E., Cicero, D. C., Gaweda, L., Hartmann, J. A., Koren, D., ... Lavoie, S. (2018). The construct validity of the Inventory of Psychotic-Like Anomalous Self-Experiences (IPASE) as a measure of minimal self-disturbance: Preliminary data. *Early Intervention in Psychiatry*, (June), 1–6. <https://doi.org/10.1111/eip.12711>

Nordgaard, J., Handest, P., Vollmer-Larsen, A., Sæbye, D., Pedersen, J. T., & Parnas, J. (2017). Temporal persistence of anomalous self-experience: A 5 years follow-up. *Schizophrenia Research*, 179, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.10.001>

- Parnas, J., Carter, J., & Nordgaard, J. (2016). Premorbid self-disorders and lifetime diagnosis in the schizophrenia spectrum: A prospective high-risk study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 45–53. <https://doi.org/10.1111/eip.12140>
- Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 44, pp. 121–134. <https://doi.org/10.1053/comp.2003.50017>
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258. <https://doi.org/10.1159/000088441>
- Parnas, J., Raballo, A., Handest, P., Jansson, L., Vollmer-Larsen, A., & Sæbye, D. (2011). Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00057.x>
- Parnas, J., & Urfer-Parnas, A. (2017). *The ontology and epistemology of symptoms: The case of auditory verbal hallucinations in schizophrenia* (Vol. 1; K. S. Kendler & J. Parnas, Eds.). <https://doi.org/10.1093/med/9780198796022.003.0026>
- Pienkos, E., Giersch, A., Hansen, M., Humpston, C., McCarthy-Jones, S., Mishara, A., ... Rosen, C. (2019). Hallucinations beyond Voices: A Conceptual Review of the Phenomenology of Altered Perception in Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), S67–S77. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby057>
- Raballo, A., & Parnas, J. (2012). Examination of anomalous self-experience: Initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 577–583. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825bfb41>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Rossell, S. L., Schutte, M. J. L., Toh, W. L., Thomas, N., Strauss, C., Linszen, M. M. J., ... Sommer, I. E. C. (2019). The Questionnaire for Psychotic Experiences: An Examination of the Validity and Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 45(Supplement_1), S78–S87. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby148>
- RStudio Team. (2019). *RStudio: Integrated Development for R*. RStudio. Boston.

- Sass, L. A., & Borda, J. P. (2015). Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Secondary factors. *Schizophrenia Research*, 169(1–3). <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.025>
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427–444. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>
- Schenkel, L. S., & Silverstein, S. M. (2004). Dimensions of premorbid functioning in schizophrenia: A review of neuromotor, cognitive, social, and behavioral domains. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 130(3), 241–272. <https://doi.org/10.3200/MONO.130.3.241-272>
- Schizophrenia Symptoms, Patterns and Statistics and Patterns. (n.d.). Retrieved December 12, 2019, from <https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/statistics/>
- Schwartz, R. C. (2014). Racial disparities in psychotic disorder diagnosis: A review of empirical literature. *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 133. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.133>
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Maxdorf.
- Sterzer, P., Mishara, A. L., Voss, M., & Heinz, A. (2016). Thought insertion as a self-disturbance: An integration of predictive coding and phenomenological approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10(OCT2016), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00502>
- Suhail, K., & Cochrane, R. (2002). Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 126–138. <https://doi.org/10.1177/002076402128783181>
- Svoboda, Mojmír. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogii* (Mojmír Svoboda, Ed.). Portál.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009, May). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, Vol. 110, pp. 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2016). *Psychiatrická péče 2016*.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent

hallucinosi in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.032>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Celková vnitřní konzistence	58
Tabulka 2 Vnitřní konzistence.....	58
Tabulka 3 Self Disturbances HS.....	59
Tabulka 4 Rozdíl mezi skupinami v self-disturbances	60
Tabulka 5 Rozdíl mezi skupinami v jednotlivých oblastech SD.....	60
Tabulka 6 Rozdíl mezi skupinami ve vlastnostech SD	60
Tabulka 7 Výsledky jednofaktorového řešení	61
Tabulka 8 Korelace závažností halucinací a self-disturbances	63
Tabulka 9 Korelace závažností halucinací a modalit SD	63
Tabulka 10 Korelace závažností halucinací a vlastností SD	64

Seznam grafů

Graf 1 Rozložení věku klinické skupiny	50
Graf 2 Zastoupení vzdělání u klinické skupiny	50
Graf 3 Rozložení diagnóz pacientů	51
Graf 4 Rozložení věku srovnávací skupiny	51
Graf 5 Zastoupení vzdělání u srovnávací skupiny	52
Graf 6 Důvody k vyřazení ze studie	52
Graf 7 Rozdíly mezi skupinami v self-disturbation HS	59
Graf 8 Sutinový graf.....	61
Graf 9 Diagram jednofaktorového řešení	62
Graf 10 Diagram čtyřfaktorového modelu	62

Seznam příloh

1. Hypotézy
2. Informovaný souhlas
3. Screeningový dotazník
4. Dotazník psychotických zážitků
5. Škála narušení vlastního jáství

Příloha 1

Hypotézy

- H1 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího celkového skóre self-disturbances než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H2 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti vizuálního vnímání než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H3 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti sociálního vnímání než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H4 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti sluchového vnímání než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H5 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti čichového vnímání než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H6 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti taktilního vnímání než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H7 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti vnímání vlastního těla a jeho pohybů než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H8 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti myšlení než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H9 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti mluvení než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H10 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti vzpomínání než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H11 Pacienti se schizofrenií dosahují vyššího hrubého skóre self-disturbances v oblasti vnímání času a prostoru než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H12 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances novost než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H13 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances intenzita než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.

- H14 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances emoční valence než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H15 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances narušení tvaru než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H16 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances ztráta kontroly než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H17 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances alien agency než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H18 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances nerozlišení nereálnosti podnětu než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H19 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances reflexivita než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H20 Pacienti se schizofrenií dosahují vyšší úrovně kvality self-disturbances pohlcení detaily než srovnávací skupina zdravých dobrovolníků.
- H21 Závažnost sluchových halucinací koreluje s celkovým skóre self-disturbances.
- H22 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti vizuálního vnímání.
- H23 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti sociálního vnímání.
- H24 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti sluchového vnímání.
- H25 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti čichového vnímání.
- H26 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti taktilního vnímání.
- H27 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti vnímání vlastního těla a jeho pohybů.
- H28 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti myšlení.

- H29 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti mluvení.
- H30 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti vzpomínání.
- H31 Závažnost sluchových halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti vnímání času a prostoru.
- H32 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances novost.
- H33 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances intenzita.
- H34 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances emoční valence.
- H35 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances narušení tvaru.
- H36 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances ztráta kontroly.
- H37 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances alien agency.
- H38 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances nerozlišování nereálnosti podnětu.
- H39 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances reflexivita.
- H40 Závažnost sluchových halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances pohlčení detaily.
- H41 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s celkovým skóre self-disturbances.
- H42 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti vizuálního vnímání.
- H43 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti sociálního vnímání.
- H44 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti sluchového vnímání.
- H45 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevy self-disturbances v oblasti čichového vnímání.

- H46 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevem self-disturbances v oblasti taktilního vnímání.
- H47 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevem self-disturbances v oblasti vnímání vlastního těla a jeho pohybů.
- H48 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevem self-disturbances v oblasti myšlení.
- H49 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevem self-disturbances v oblasti mluvení.
- H50 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevem self-disturbances v oblasti vzpomínání.
- H51 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s projevem self-disturbances v oblasti vnímání času a prostoru.
- H52 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances novost.
- H53 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances intenzita.
- H54 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances emoční valence.
- H55 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances narušení tvaru.
- H56 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances ztráta kontroly.
- H57 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances alien agency.
- H58 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances nerozlišování nereálnosti podnětu.
- H59 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances reflexivita.
- H60 Závažnost vizuálních halucinací koreluje s kvalitou self-disturbances pohlcení detaily.

Příloha 2

Informovaný souhlas

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ



INFORMACE PRO ÚČASTNÍKY STUDIE

Název studie:

Vztah fenomenologie a neurobiologie auditivních halucinací u schizofrenie: ČÁST 1

Výzkumný tým:

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.; MUDr. Yulia Zaytseva, Ph.D.; MUDr. Filip Španiel, Ph.D., MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D., MUDr. Mgr. Barbora Kohutová, Ph.D., PhDr. RNDr. Tereza Nekovářová, Mgr. Eva Šimková, Mgr. Eva Kozáková, Mgr. Ondřej Havlíček, Mgr. David Greguš, Ing. Monika Kolářová, Alisa Loginova, Igor Mikruikov, Lukáš Kutil, Kristýna Schinková, Ing. Eduard Bakštejn, Mgr. Jiří Motýl, Mgr. Kristýna Sedláčková

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vyzván/a k účasti ve studii „**Vztah fenomenologie a neurobiologie auditivních halucinací u schizofrenie**“, která je řešena na pracovišti **Národního Ústavu Duševního Zdraví (NUDZ)**. Tato studie probíhá za podpory **AZV 2017**.

Předtím než se rozhodnete, zda se tohoto výzkumu zúčastníte, přečtěte si prosím pozorně následující informace. Dozvíte se v nich o použitých metodách, jak studie probíhá a k čemu může být dobrá.

Proč studii děláme?

Sluchové halucinace (AH) jsou nejcharakterističtější symptomem definujícím schizofrenii, přesto se mohou objevovat také u zdravé populace. AH jsou popisovány jako „hlasy“ s vnitřní (v hlavě) nebo vnější projekcí, obvykle mají negativní konotace. Mechanismy vzniku halucinací v mozku nejsou dosud plně objasněny. Existuje několik teorií, které vysvětlují halucinace na základě odcizení a nesprávné atribuce vnitřní řeči. V této studii bychom chtěli testovat několik hypotéz, které by mohly povahu halucinací vysvětlovat.

Jak bude studie probíhat?

Této studii se můžete účastnit dvěma způsoby – jednak formou dotazníkové verze (Část 1), která obsahuje pouze sadu rozhovorů a vyplnění základních demografických údajů, tak také delší verze (Část 2), jejíž součástí je i testování pomocí magnetické rezonance aj., které probíhá v NUDZ. Podpisem předkládaného informovaného souhlasu dáváte souhlas pouze s účastí v Části 1.

Bude-li mít zájem a budete-li vybrán/a, můžete se zúčastnit také Části 2. V takovém případě budete do sedmi dní pozván/a na vyšetření v MRI, které proběhne celkem ve dvou návštěvách s rozstupem 1 týden. Při těchto vyšetřeních bude provedeno měření mozkové struktury a aktivity jak při řešení úloh, tak i během klidového stavu. Při jedné z návštěv absolvujete batérii neuropsychologických testů (celkem cca 60-90 minut času).

Popis vyšetření

- 1) Nejprve vyplníte online dotazník s osobními (demografickými) údaji.
- 2) Kvalifikovaný odborník s Vámi povede dále sérii několika rozhovorů zaměřených na odhalení specifických prožitků: změny vnímání sebe, halucinace a bludy a také na charakteristiky vnitřní řeči. Tato část může trvat mezi 15-60 minut a může proběhnout osobně

či po telefonu.

Bezpečnost, důvěrnost údajů a Vaše práva

Pokud se studie zúčastníte, veškeré informace o Vás budou považovány za důvěrné. Data získaná během studie budou užita výhradně pro výzkumné účely. V celé studii budete vystupovat pouze po kódu a jeho spojení s Vaší osobou budou znát pouze jmenovaní členové výzkumného týmu (viz výše), členové etické komise NUDZ a orgány grantové agentury při kontrolní činnosti.

Pokud budou výsledky studie publikovány v odborném tisku, bude to výhradně způsobem, aby nebylo možné určit žádné informace o konkrétním účastníku studie.

Pokud se chcete studie zúčastnit

Do studie nemůžete být zařazen/a, pokud má diagnostikováno (nebo jste v minulosti prodělal/a) jiné psychiatrické onemocnění, než je schizofrenie nebo jiné psychotické onemocnění, máte neurologické či závažné somatické onemocnění jiné, nežli je roztroušená skleróza, prodělal/-a jste vážnější úraz hlavy nebo operaci mozku, pokud berete některé typy léků. Tyto otázky s Vámi probere výzkumník před zahájením studie.

Dobrovolná účast ve studii a podmínky k odstoupení

Vaše účast v této studii je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu. Kdykoli během studie můžete klást otázky členům výzkumného týmu.

SHRNUTÍ: Co Vás čeká v případě souhlasu s účastí ve studii?

Vyplníte kontaktní a základní informace o sobě a budete vyšetřen/a pomocí několika dotazníků (celkem cca 60 minut času). To může proběhnout jednak při osobním setkání tak také telefonicky. Na základě Vaší volby a našeho výběru budete případně pozván/a k dalším měření pomocí fMRI, tj. části 2.

Tato studie byla dne 17.6.2015 schválena **Etickou komisí Národního Ústavu Duševního Zdraví**, další změny byly schváleny 13.12.2017. Předkládaný projekt plně respektuje zásady Úmluvy o lidských právech a biomedicině a zákon č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

V případě, že máte jakékoliv dotazy, lze se obrátit na koordinátorku projektu: Alisu Loginovou, (email: Alisa.Loginova@nudz.cz), zástupkyni: Mgr. Evu Kozákovou (email: eva.kozakova@nudz.cz). S otázkami ohledně etických náležitostí studie je možné se obracet na předsedu Etické komise, doc. MUDr. M. Bareše, PhD. (tel.: 283 088 312, nebo email: Martin.Bares@nudz.cz).

Garantem projektu je prof. MUDr. Pavel Mohr, PhD (email: Pavel Mohr@nudz.cz, tel.: [283 088 111](tel:283088111)).

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Podpisem tohoto informovaného souhlasu potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s projektem a měl/a možnost klást dotazy. Pokud jsem některým výrazům nerozuměl/a, vše mi bylo členy výzkumného týmu vysvětleno. Souhlasím s tím, že během vyšetření budu spolupracovat.

Já, _____, jsem si přečetl(a) výše uvedené informace, těmto informacím rozumím a dobrovolně souhlasím se svou účastí ve studii.

Získané údaje mohou být cenné i pro další výzkum. **Souhlasíte s využitím dat z tohoto výzkumu také pro účely dalších studií?** Zakroužkujte Vaši volbu)

- a) Souhlasím s dalším použitím získaných dat (včetně osobních údajů) pro další výzkumné účely v rámci výzkumného programu NUDZ. Tento souhlas lze kdykoliv odvolat na výše uvedeném kontaktu.
- b) Nesouhlasím s dalším použitím získaných dat.

Kontaktování za účelem nabídky účasti na dalších studiích

- a) Mám zájem o další účast v podobném výzkumu a souhlasím, aby mi NUDZ posílal nabídky účasti v dalších studiích. Tento souhlas lze kdykoliv odvolat.
- b) Nemám zájem o další účast v podobném výzkumu.

V _____ dne _____ Podpis dobrovolníka: _____

Jméno výzkumníka: _____ Podpis výzkumníka: _____

Příloha 3

Screeningový dotazník- halucinace

Formulář k účasti ve výzkumu: Vztah fenomenologie a neurobiologie auditivních halucinací

O čem je náš výzkum?

Sluchové halucinace (AH) jsou nejcharakterističtějším symptomem definujícím schizofrenii, přesto se mohou objevovat také u zdravé populace. AH jsou popisovány jako „hlasy“ s vnitřní (v hlavě)/ vnější projekcí, obvykle mají negativní konotace. Mechanizmy vzniku halucinací v mozku nejsou dosud plně objasněné. Existuje několik teorií, které vysvětlují halucinace na základě odcizení a nesprávné atribuce vnitřní řeči. V této studii bychom chtěli testovat několik hypotéz, které by mohly povahu halucinací vysvětlovat. Dále nás zajímá přítomnost nevšedních zážitků, které mohou lidé zažívat, aniž by se muselo nutně jednat o projevy nemoci. Pro to, abychom mohli říci, co je v případě přítomnosti AH jinak, potřebujeme také zjistit, jaké jsou zkušenosti u zdravých dobrovolníků. Účastí ve výzkumu pomůžete prohloubit porozumění schizofrenii, což může napomoci ve vývoji léčebných strategií.

Jak se můžete zapojit?

Můžete se zapojit dvěma způsoby:

Část 1: dotazníková část. Vyplníte zde krátký dotazník zejména s demografickými a kontaktními údaji. Dle Vámi uvedených časových možností Vás vyškolený tazatel kontaktuje na Vašem tel. čísle, aby s Vámi vyplnil sadu rozhovorů (může se různit, cca 15-60 min.)

Část 2: máte možnost se přihlásit také do navazující části, která probíhá v prostorách NUDZ. V ní probíhá testování pomocí magnetické rezonance a neuropsychologických testů. Testování je rozděleno do dvou dnů (každé cca 1,5 hod) zpravidla v rozmezí jednoho týdne.

Pokud máte zájem zapojit se do Části 1), přečtěte si prosím Informace pro účastníky studie a Informovaný souhlas a uložte si kopii (po otevření odkazu stiskem pravého tlačítka myši a Uložit jako...)

Máte-li nějaké další otázky k Informovanému souhlasu, můžete se s dotazy obracet na alisa.loginova@nudz.cz, eva.kozakova@nudz.cz, eva.simkova@nudz.cz

* 1. Souhlasím s textem Informovaného souhlasu.

Ano / Ne

8 Jejda

*Bez Vašeho schválení Informovaného souhlasu bohužel nemůžeme pokračovat. Pokud potřebujete další informace, kontaktuje nás prosím na emailových adresách
alisa.loginova@nudz.cz, eva.kozakova@nudz.cz, eva.simkova@nudz.cz*

*** Vrátit se na přechozí stránku?**

Po souhlasu Vám budou Informace pro účastníka a Informovaný souhlas zaslány na emailovou adresu, kterou vyplníte dále.

Ano / Ne

9 Základní údaje

Prosíme Vás o uvedení určitých osobních údajů, což nám umožní se získanými daty vhodně naložit.

Data jsou samozřejmě zpracovávána zcela anonymně a osobní údaje nebudou zveřejněny.

*** ID:**

(pokud Vám ID nebylo ještě přiděleno, vyplňte prosím své celé jméno)

*** Jméno a příjmení:**

*** e-mailová adresa:**

*** Telefonní číslo:**

*** Rodný jazyk:**

*** Země pobytu:**

*** Město pobytu:**

*** Pohlaví:**

muž / žena

*** Datum narození:**

zadejte datum ve formátu rrrr-mm-dd

*** Dosažený stupeň vzdělání:**

zvolte váš nejvyšší dosažený stupeň vzdělání

- 0: základní vzdělání
- 1: střední vzdělání s výučním listem
- 2: střední vzdělání s maturitou
- 3: vyšší odborné vzdělání
- 4: vysoká škola, bakalářský stupeň
- 5: vysoká škola, magisterský stupeň
- 6: vysoká škola, doktorský stupeň

*** Máte dlouhodobě některé z uvedených fyzických omezení?**

- 0: postižení horních končetin
- 1: postižení dolních končetin
- 2: tělesné postižení
- 3: sluchové postižení
- 4: řečové postižení
- 5: zrakové postižení
- 6: žádné
- 7: specifikujte prosím, případně doplňte chybějící možnost (doplňte):

*** Užíváte pravidelně nějaké léky?**

Ano / Ne

10 Užívané léky

*** Jaké léky užíváte?**

11 Léčil(a) nebo léčíte se s některým z uvedených psychiatrických nebo neurologických onemocnění?

*** Léčil(a) nebo léčíte se s některým z uvedených psychiatrických nebo neurologických onemocnění?**

Pokud u nějakého onemocnění odpovíte ano, doplňte ve volné odpovědi prosím ještě znovu

diagnózu, počet hospitalizací a rok, kdy se onemocnění vyskytlo poprvé

- 0: psychotická onemocnění
- 1: epilepsie
- 2: afektivní onemocnění (deprese, mánie, bipolární porucha)
- 3: porucha osobnosti
- 4: závislost na alkoholu
- 5: závislost na drogách
- 6: panická ataka/úzkostná porucha/fobie
- 7: obsedantně-kompulzivní porucha
- 8: neurologická onemocnění (vč. ADHD)
- 9: nemám osobní zkušenost
- 10: jiné: (doplňte):

Doplňte prosím odpověď:

12 Kdy Vás můžeme kontaktovat?

Děkujeme za vyplnění základních údajů a informací o sobě. Na základě nich připravíme dotazníky k následnému rozhovoru. Budeme Vás kontaktovat během následujících dvou týdnů.

Abychom zvýšili šanci, že Vás zastihneme a nebudeme rušit, vyberte si prosím z nabídky nejvhodnější dobu, kdy Vám může výzkumník zavolat.

	Všední dny (po-pá)	Sobota a neděle
7-8 (ráno)		
8-12 (dopoledne)		
12-16 (odpoledne)		
16-20 (odpoledne až večer)		
20-22 (večer)		

Chcete specifikovat své časové možnosti?

13 Kterou rukou vykonáváte uvedené činnosti?

Prosím, vyberte na škále, jakou rukou vykonáváte uvedené aktivity. Pokud zcela bez výjimky používáte k této aktivitě určitou ruku, označte "bez výjimky". Pokud v některých případech užíváte střídavě obou rukou, označte prostřední možnost.

	zcela bez výjimky levou rukou	levou rukou	střídavě oběma rukama	pravou rukou	zcela bez výjimky pravou rukou
Psaní					
Kreslení					
Házení					
Nůžky					
Zubní kartáček					
Nůž (bez vidličky)					
Lžice					
Košťe (horní ruka)					
Škrtnutí zápalky					
Otevírání krabičky (např. šroubovací uzávěr)					

14 Přáli byste si zúčastnit se dalších částí naší studie (fMRI vyšetření)?

*Hlavní část našeho výzkumu se týká sledování aktivity mozku při různých úlohách. Měření pomocí magnetické rezonance je neinvazivní metoda, při níž se do těla nedostává žádná kontrastní látka, je založeno na působení magnetu. Tato část probíhá ve dvou různých dnech v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech. Za účast v této části studie můžete získat **finanční odměnu v hodnotě 300,- Kč jako příspěvek na jízdné**.*

Skenování mozku (trvá zhruba 60 minut) a plnění experimentální úloh (trvá zhruba 60 minut). Mezi jednotlivými částmi ve fMRI bývá zhruba týdenní rozestup. V experimentální části Vás čekají čtyři typy úloh:

Úloha o kontrole vlastní činnosti (dokážu rozlišit svoje pohyby od cizích?)

Úloha o monologické/dialogické vnitřní řeči (je moje vnitřní řeč monologická nebo dialogická?)

Rozlišení svého/cizího hlasu (jak vnímám svůj hlas, když říká něco o mně a když říká něco o druhých?)

Afektivní priming a přisouzení hlasu (jak vnímám svůj hlas s různým emočním zabarvením?)

*** Máte zájem zúčastnit se další části naší studie (fMRI vyšetření)?**

ano

ne

15 Důležité otázky k testování magnetickou rezonancí

*** Máte některé z následujících?**

- 0: kardiostimulátor/defibrilátor
 - 1: kovový implantát v těle
 - 2: kochleární implantát
 - 3: klaustrofobie
 - 4: těhotenství
 - 5: piercing, který nemůže být dočasně vyjmut
 - 6: nic z uvedených
-

16 Děkujeme Vám za trpělivost při vyplňování!

Výzkumný tým se Vás pokusí telefonicky kontaktovat během následujících dvou týdnů. Jelikož používáme také pevné linky, je možné, že se číslo zobrazí jako "Anonymní číslo", na které nelze volat zpět. V takovém případě Vám pošleme informační email.

Příloha 4

Dotazník psychotických zážitků

Otázky v tomto rozhovoru se týkají zvláštních zážitků nebo myšlenek, které se Vám mohly přihodit. Příkladem může být slyšení hlasů, vidění obrazů, zmatenost nebo podezíravost. Takové zážitky se mohou vyskytnout u osob s různými diagnózami, ale také u zdravé populace. V tomto rozhovoru se Vás budu ptát, zda jste někdy měl/a takové zážitky nebo myšlenky. Pokuste se odpovídat tak, by to nejlépe vystihovalo Vaše zážitky a zkušenosti. Ne všechny otázky se Vás však musí týkat. Tento rozhovor zabere celkem asi 30 minut.

ID:

*** Nejprve bych se Vás rád/a zeptal/a, jestli jste někdy měl/a takové prožitky jako je slyšení hlasů, vidění obrazů, stavy zmatenosti nebo podezíravosti. Pokud Vám to není nepříjemné, můžete mi o tom něco říct?**

0: Dotazovaný komunikuje normálně

1: Pár myšlenek je těžké sledovat

2: Několika – ale méně než polovině – popisům je těžké porozumět

3: Polovinu popisů je těžké sledovat

4: Většina vyslovených myšlenek je nesrozumitelná

5: Hodnotitel nerozumí žádné části odpovědi

Poznámky a komentáře:

ČÁST A: AUDITIVNÍ HALUCINACE

Následující otázky se týkají slyšení věcí, které jiní lidé neslyší.

A1. Frekvence auditivních halucinací

*** a. Lidé občas slyší mluvit někoho jiného, přitom se nezdá, že by tam někdo další byl. Mohou slyšet například hudbu nebo jiné zvuky bez toho, aby bylo jasné, odkud přichází. Slyšel/a jste někdy takové hlasy, hudbu nebo jiné zvuky?**

Příklady otázek:

Slyšel/a jste někdy hlasy, které nikdo jiný neslyšel?

Nebo které nešlo jednoduše vysvětlit?

Pokud ano: Jak často jste slyšel/a tyto hlasy anebo jiné zvuky?

Slyšel/a jste je jednou za týden, každou hodinu nebo téměř stále?

Měl/a jste takový zážitek v minulém měsíci?

0: Ne (> pokračujte otázkou V1)

1: Ano

Pokud ano:

Měl/a jste takový zážitek v posledních sedmi dnech?

0: Někdy zažil/a, ale ne v posledním měsíci

1: Přítomny v posledním měsíci, ale méně než jednou za týden

2: Alespoň jednou za týden

3: Alespoň jednou denně

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

> pokud alespoň 1 za týden a častěji:

A2. Popis auditivních halucinací

a. Co slyšíte? Mohl/a byste mi popsat tento prožitek? Pokud Vám to není nepříjemné, mohl/a byste uvést příklad?

b. Od kdy slyšíte tyto zvuky nebo hlasy? V kolika letech jste je slyšel/a poprvé?

c. U některých osob se tyto hlasy nebo zvuky týkají nepříjemných zážitků z jejich minulosti. Je tomu tak i u Vás?

Ano / Ne

A3. Trvání auditivních halucinací

Kdy v minulých sedmi dnech jste slyšel/a (doplňte auditivní halucinaci)? Jak dlouho to obvykle trvalo?

- 0: Velmi krátce, jen chvilku
- 1: Pár sekund
- 2: Minutu nebo nejdéle několik minut
- 3: 10 minut až hodinu
- 4: Mezi jednou až několika hodinami
- 5: (Téměř) stále

A4. Emoční valence auditivních halucinací

Někteří lidé slyší hlasy nebo zvuky s negativním obsahem, jako je kritizování nebo nepřátelství. Jak velká část těchto hlasů/zvuků byla v minulých sedmi dnech takto negativní?

- 0: Nikdy negativní; veškerý obsah byl pozitivní, užitečný nebo neutrální
- 1: Ve výjimečných případech byl obsah negativní, ale pouze vzácně (<10%)
- 2: Část obsahu byla negativní
- 3: Asi polovina obsahu byla negativní
- 4: Většina obsahu byla negativní
- 5: Vždy, veškerý obsah byl negativní

A5. Zažívaný distress kvůli auditivním halucinacím

Způsobily Vám v posledních sedmi dnech (doplňte auditivní halucinaci) trápení/úzkost?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli hlasům nepříjemně, v úzkosti nebo depresi?

Pokud nepříjemné: Jak nepříjemné pro Vás hlasy nebo zvuky byly?

Hodně nepříjemné nebo jen trochu nepříjemné?

- 0: Vůbec ne nepříjemné, nijak na dotazovaného nepůsobily
- 1: Neurčitě, možná mírně nepříjemně
- 2: Trochu nepříjemně, mohly ovlivnit chování a náladu
- 3: Značně nepříjemně, občas způsobovaly neklid, úzkostné a depresivní pocity
- 4: Hodně nepříjemné, často způsobovaly neklid, úzkostné a depresivní pocity
- 5: Intenzivní úzkost nebo silné deprese kvůli hlasům a dalším zvukům

A6. Vliv auditivních halucinací na každodenní aktivity

Mají tyto hlasy nebo zvuky vliv na Váš každodenní život a běžné denní aktivity?

Příklady otázek:

Jsou dny, kdy kvůli hlasům nebo zvukům raději nevycházíte z domu?

Ovlivňují/narušují Vaši práci při studiu nebo v zaměstnání?

Ovlivňují hlasy nebo další zvuky Vás sociální život a vztahy?

Pokud ano: Jak jste toto prožíval/a v posledních sedmi dnech?

0: Nemají žádný vliv na průběh každodenních aktivit

1: U několika specifických aktivit překáží, většina ale zůstala nenarušená

2: Narušují během několika aktivit

3: Brání většině aktivit (např. neopouštění domu)

4: Jsou natolik rozrušující, že mohou vést ke křiku, řevu nebo rozbíjení věcí

5: Způsobují škodlivé narušení každodenních aktivit. Příjem do nemocnice nebo krizová podpora mohou být nutné

A7. Opakování auditivních halucinací

Slyšíte opakovaně stejná slova, fráze, věty nebo zvuky?

Pokud ano: Jsou pokaždé opakovaná přesně stejná slova, věty nebo zvuky?

Pokud ne: Je téma v podstatě stejné, ale s jinými slovy, větami nebo zvuky?

Pokud ne: Slyšíte často stejná slova, věty nebo zvuky?

Je velká rozmanitost ve slovech, větách nebo zvucích, které slyšíte?

A: Bez opakování, obsah je vždy jiný

B: Občasné opakování obsahu (slova, věty nebo zvuky), ale velmi různorodé

C: Témata a obsah se často opakují, ale s jinými slovy

D: Časté opakování stejných slov, vět a zvuků

E: Stejná slova, věty nebo zvuky jsou neustále opakovány, jako na zaseknuté gramofonové desce

A8: Komplexita auditivních halucinací

(Pouze pro dotazované, kteří slyší hlasy, nehodí se pro neverbální auditorní halucinace)

Když slyšíte hlasy, slyšíte většinou jedno slovo nebo celé věty?

Pokud celé věty: Slyšíte někdy několik vět nebo celá vyprávění?

(Ize uvést víc možností)

A: Pouze neverbální auditorní halucinace, bez hlasů

B: Jednoslovné

C: Několik slov

D: Krátké věty, fráze

E: Úplné věty

F: Vyprávění složené z několika úplných vět

A9. Umístění auditorních halucinací

Kde slyšíte ty hlasy nebo zvuky? Odkud slyšíte přicházet ty hlasy nebo zvuky?

Příklady otázek:

Přicházejí zevnitř nebo zvnějšku Vaší hlavy? Slyšíte ty hlasy nebo zvuky přicházet zevnitř a zároveň zvenku Vaší hlavy?

Pokud zevnitř: Přicházejí z jednoho konkrétního místa v hlavě?

Pokud zvenku: Přicházejí z jednoho konkrétního místa?

(lze vybrat víc možností)

A: Uvnitř hlavy, bez konkrétního místa

B: Z konkrétního místa v hlavě (např. u ucha, z čela, z úst)

C: Obojí - zevnitř i zvenku

D: Z vně hlavy, obvykle z levé strany

E: Z vně hlavy, obvykle z pravé strany

F: Z vně hlavy, bez konkrétního místa

A10. Časový výskyt auditivních halucinací

V kterou denní (nebo noční) dobu většinou slýcháváte (doplňte auditivní halucinaci)?

Příklady otázek:

Objevují se většinou v noci?

Nebo večer?

Nebo když jdete spát nebo vstáváte?

Nebo většinou během dne?

A: Bez typického výskytu

B: Pouze v noci

C: Většinou během večera

D: Na pomezí spánku a bdění

E: Většinou během dne

F: Obojí - ve dne i v noci

A11. Náhled na auditivní halucinace

Lidé často chápou tyto prožitky různými způsoby. Někteří lidé říkají, že slyší jiné osoby/bytosti/zvuky, které se skutečně vyskytují v okolním světě. Jiní lidé je vnímají jako výtvar své vlastní mysli. Co si myslíte, že způsobuje to, že slyšíte (doplňte auditorní halucinaci)?

Příklady otázek:

Mohlo by být možné, že hlasy a zvuky, které slyšíte, přicházejí od konkrétní bytosti nebo síly?

Pocházejí od skutečných lidí nebo od jiného skutečného zdroje v okolním světě?

Pokud ano: Jak moc jste o tom přesvědčen/a?

Máte nějaké pochybnosti nebo si myslíte, že by mohlo být nějaké jiné vysvětlení?

Při pochybnostech: Do jaké míry jste přesvědčen/a, že hlasy nebo zvuky pocházejí od skutečných osob nebo z jiných skutečných zdrojů?

Pochybujete o jejich realitě? Často, někdy nebo vůbec?

Pokud ano: Jak moc jste toto zažíval/a v uplynulých sedmi dnech?

0: Zcela přesvědčen/a, že hlasy, zvuky nebo hudba nejsou reálné

1: Mírné pochybnosti o tom, zda jsou reálné; pravděpodobně nereálné

2: Pravděpodobně jsou reálné, ale alternativní vysvětlení mohou být pravdivá

3: Silné přesvědčení o jejich realitě, pouze mírné pochybnosti

4: Zcela přesvědčen/a, že jsou reálné

A12. Interakce s auditivními halucinacemi

Lidé se často přistihnou u toho, jak odpovídají těmto (doplňte auditivní halucinaci), buď nahlas, nebo jen v duchu. Když slyšíte ty hlasy nebo jiné zvuky, jak často se přistihnete, že jim odpovídáte?

Příklady otázek:

Stane se Vám, že se přistihnete, že hlasům odpovídáte?

Křičíte na ně někdy?

Pokud ne: Stává se to pouze tehdy, když jsou příliš intenzivní, ale většinou ne?

Stalo se to pouze jednou nebo jen několikrát?

Pokud ano: Zažil/a jste toto v posledních sedmi dnech?

0: Bez interakce

1: Jednou nebo jen několikrát

2: Pouze když jsou hlasy nebo zvuky velmi intenzivní, ale většinou ne

3: Někdy, ale ne vždy

4: Většinou

5: (Téměř) neustále

A13. Vyhovění příkazům hlasů

(Pouze pro dotazované, kteří slyší hlasy, nevztahuje se na neverbální auditorní halucinace)

Stává se, že Vám hlasy něco příkazují? Pokud ano, vyhovíte jim?

Příklady otázek: Dostal/a jste nějaké příkazy v uplynulých sedmi dnech?

Pokud ano: Poslechnete někdy tyto příkazy?

Pokud ano: Poslechnete všechny příkazy, i když jsou nebezpečné?

Pokud ne: Poslechnete někdy nebezpečné příkazy?

Pokud ne: Poslechnete pouze neškodné příkazy?

Pokud ne: Poslechnete někdy neškodné příkazy?

- 0: Nikdy nedostal/a od hlasů žádný příkaz
- 1: Slyší příkazy, ale nikdy je neposlechne
- 2: Občas poslechne neškodné příkazy (např. k vyčištění zubů)
- 3: Vždy poslechne neškodné příkazy, ale nikdy nebezpečné
- 4: Někdy poslechne nebezpečné příkazy (např. seskočení ze schodů)
- 5: Vždy poslechne každý příkaz, dokonce i ty nebezpečné

A14. Hudební vjemy

Slyšíte někdy hudbu nebo zpěv, i když není zapnutá televize ani rádio nebo i když to jiní lidé neslyší?

Příklady otázek:

Slyšel/a jste hudbu nebo zpívání v posledních sedmi dnech?

Pokud ano: Jak často slýcháte hudbu nebo zpěv?

Pokud ano: Jak často ve srovnání s tím, kdy slýcháte hlasy nebo zvuky?

Pokud často: Slyšíte hudbu nebo zpěv častěji než jiné zvuky nebo hlasy?

Pokud ano: Slyšíte hudbu nebo zpěv většinu času a ostatní zvuky a hlasy jen občas?

Pokud ano: Slyšíte pouze hudbu nebo zpívání a jen výjimečně jiné zvuky nebo hlasy?

- 0: Bez hudebního obsahu nebo zpěvu
- 1: Pouze malá část halucinací jsou hudební, většina jich je nehudební
- 2: Asi polovina halucinací je hudební
- 3: Většina halucinací je hudební, ale hlasy a další zvuky jsou také slyšeny
- 4: Pouze hudební halucinace

A15. Auditivní iluze

Lidé například občas slyší zvonění svého telefonu, když jsou ve sprše. Když sprchu vypnou, tento zvuk přestane. Dalším příkladem může být někdo, kdo slyší hlas v hučícím zvuku vysavače. Slyšel/a jste někdy takové zvuky, které se nezdály být skutečné?

Pokud ano: Jak často se to děje?

Slyšel/a jste je jednou týdně, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

Pokud ne: Slyšel/a jste někdy takové zvuky?

Stalo se Vám to někdy v posledním měsíci?

- 0: Nikdy nebo méně než jednou za měsíc
- 1: Alespoň jednou za měsíc
- 2: Alespoň jednou za týden
- 3: Alespoň jednou za den
- 4: Alespoň jednou za hodinu
- 5: (Téměř) neustále

ČÁST V: VIZUÁLNÍ HALUCINACE

Ted' Vám budu pokládat několik otázek ohledně věcí, které jste mohl/a vidět a které ostatní lidé neviděli.

V1. Frekvence vizuálních halucinací

*** a. Občas se stane, že lidé vidí člověka, zvíře nebo věc, kterou jiní lidé nevidí. U někoho to mohou být například stíny. Viděl/a jste někdy takové věci, lidi nebo obrazy?**

Pokud ano: Jak často jste tyto obrazy viděl/a?

Viděl/a jste je jednou za týden, každý den, každou hodinu nebo skoro pořád?

Zažil/a jste to v posledním měsíci?

0: Ne (> pokračujte otázkou O1)

1: Ano

(pokud ano)

b. Měl/a jste takový zážitek v posledních sedmi dnech?

0: Méně často než jednou za měsíc

1: Alespoň jednou za měsíc

2: Alespoň jednou za týden

3: Alespoň jednou za den

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

pokud alespoň 1x za týden, jinak pokračovat na O1

V2. Popis vizuálních halucinací

a. Pokud Vám to není nepříjemné, zkuste mi popsat, jaké věci nebo osoby vidíte. Mohl/a byste uvést příklad?

b. Kdy jste začal/a takové věci vidět? V kolika letech to začalo?

c. U některých lidí se tyto obrazy vztahují k nepříjemným zážitkům z jejich minulosti. Je tomu tak i u Vás?

Ano/Ne

V3. Trvání vizuálních halucinací

Když vidíte ty (doplňte vizuální halucinaci), jak dlouho to obvykle trvá?

- 0: Velmi krátce; pouze okamžik
- 1: Pár sekund
- 2: Minutu nebo nejvýše pár minut
- 3: Mezi 10 minutami a hodinou
- 4: Mezi jednou a několika hodinami
- 5: (Téměř) neustále

V4. Emoční valence vizuálních halucinací

Někteří lidé vidí obrazy s negativním obsahem. Jaká část z obrazů, kterou jste viděl/a v posledních sedmi dnech, byla nepříjemná?

Pokud nepříjemné: Je negativní celý jejich obsah?

Pokud ne: Je největší část nepříjemná, ale je tam také pozitivní nebo neutrální část?

Pokud ne: Je asi polovina obsahu negativní, ale další polovina pozitivní nebo neutrální?

Pokud ne: Je největší část pozitivní nebo neutrální?

- 0: Nikdy není negativní; celý obsah je pozitivní, užitečný nebo neutrální
- 1: V některých případech je obsah negativní, ale ty jsou výjimečné (<10%)
- 2: Část obsahu je negativní
- 3: Asi polovina obsahu je negativní
- 4: Většina obsahu je negativní
- 5: Vždy, celý obsah je negativní

V5. Nepříjemné prožitky kvůli vizuálním halucinacím

V posledních sedmi dnech Vám (doplňte vizuální halucinaci) způsobovaly nepříjemné pocity?

Pokud ano: Vyvolávaly ve Vás tyto obrazy úzkost, depresi nebo nepříjemné pocity?

Pokud nepříjemné: Jak nepříjemné pocity ve Vás tyto obrazy vyvolávaly?

Velmi nepříjemné nebo mírně nepříjemné?

- 0: Vůbec ne nepříjemné, pacienta nijak neovlivňují
- 1: Nejednoznačné, možná mírně nepříjemné
- 2: Mírně nepříjemné, mohou ovlivnit chování nebo náladu

- 3: Značně nepříjemné, občas vyvolávají neklid nebo úzkostné a depresivní pocity
- 4: Velmi nepříjemné, často vyvolávají neklid nebo úzkostné a depresivní pocity
- 5: Intenzivní úzkost nebo závažná deprese zapříčiněná obrazy

V6. Vliv vizuálních halucinací na každodenní aktivity

Má (doplňte vizuální halucinaci) negativní vliv na Váš každodenní život a běžné denní aktivity?

Příklady otázek:

Jsou dny, kdy kvůli těmto obrazům raději nevycházíte z domu?

Ovlivňují/narušují způsob, jakým fungujete během studia nebo práce? Nebo: Ruší Vás při každodenních aktivitách, během studia nebo práce?

Ovlivňují tyto obrazy Váš sociální život a vztahy?

Pokud ano: Jak jste toto prožíval/a v posledních sedmi dnech?

0: Nemají žádný vliv na průběh každodenních aktivit

1: U několika specifických aktivit překáží, většina ale zůstala nenarušená

2: Narušují během několika aktivit

3: Brání většině aktivit (např. neopouštění domu)

4: Jsou natolik rozrušující, že mohou vést ke křiku, řevu nebo rozbíjení věcí

5: Způsobují škodlivé narušení každodenních aktivit. Příjem do nemocnice nebo krizová podpora mohou být nutné

V7. Opakování vizuálních halucinací

Vidíte opakovaně stejné lidi, vzory, zvířata nebo věci?

Pokud ano: Vidíte stále stejné obrazy?

Pokud ne: Mají obrazy stejné téma, i když konkrétní obrazy mohou být různé?

Pokud ne: Vidíte často stejné obrazy?

Liší se od sebe hodně obrazy, které vidíte?

A: Bez opakování, pokaždé jiný obsah

B: Občas se obrazy opakují, ale většinou se liší

C: Ačkoliv se konkrétní obrazy liší, téma zůstává stejné

D: Obvykle se obrazy opakují

E: Neustálé opakování stejných obrazů

V8. Komplexita vizuálních halucinací

Jaký typ obrazů vidíte?

Příklady otázek:

Vidíte pouze tvary nebo záblesky?

Vidíte tváře nebo stíny?

Vidíte lidi nebo zvířata?

Vidíte krajiny, budovy nebo vozidla?

A: Jednoduché tvary jako kruhy, tečky nebo čáry, záblesky světla

- B: Vzory jako šachovnice nebo objekty kosočtvercového tvaru, mřížky nebo kostky
C: (Pokřivené) tváře nebo stíny
D: Lidé a/nebo zvířata
E: Neživé objekty (např. budovy, krajiny, vozidla)

V9. Umístění vizuální halucinací

Kde obvykle vidíte tyto obrazy?

Příklady otázek:

Jsou nejčastěji na pravé nebo na levé straně?

Nebo přímo před Vámi?

Vidíte obrazy v koutku oka?

V případě, že má dotazovaný poškozený zrak:

Vidíte to pouze v místech, kde máte poškozený zrak?

- A: Mohou být kdekoliv, bez převládajícího umístění
B: Obvykle na levé straně
C: Obvykle na pravé straně
D: Obvykle vepředu
E: Obvykle v koutku oka
F: V oblasti, kde je poškozený zrak

V10. Čas výskytu vizuálních halucinací

V kterou denní (nebo noční) dobu obvykle vidíte ty (doplňte vizuální halucinaci)?

Příklady otázek:

Objevují se většinou v noci?

Nebo večer?

Nebo když jdete spát a vstáváte?

Nebo většinou během dne?

- A: Bez typického výskytu
B: Pouze v noci
C: Většinou večer
D: Na pokraji spánku a bdění
E: Většinou během dne
F: Obojí- dne i v noci

V11. Náhled na vizuální halucinace

Lidé často chápou tyto zážitky různými způsoby. Někteří lidé říkají, že vidí jiné osoby/bytosti/zvuky, které skutečně existují v okolním světě. Jiné lidé je vnímají jako výtvar své vlastní mysli. Co si myslíte, že způsobuje to, že vidíte (doplňte vizuální halucinaci)?

Příklady otázek:

Mohlo by být možné, že obrazy, které vidíte, přicházejí od konkrétní bytosti nebo síly?

Pocházejí od skutečných lidí nebo od jiného skutečného zdroje v okolním světě?

Pokud ano: Jak moc jste o tom přesvědčen/a?

Máte nějaké pochybnosti nebo si myslíte, že by mohlo být nějaké jiné vysvětlení?

Při pochybnostech: Do jaké míry jste přesvědčen/a, že jsou tyto obrazy skutečné?

Pochybujete o jejich reálnosti? Často, někdy nebo vůbec?

Pokud ano: Jak moc jste toto zažíval/a v uplynulých sedmi dnech?

0: Zcela přesvědčen/a, že obrazy nejsou reálné

1: Mírné pochybnosti o tom, zda jsou reálné; pravděpodobně nereálné

2: Pravděpodobně jsou reálné, ale alternativní vysvětlení mohou být pravdivá

3: Silné přesvědčení o jejich reálnosti, pouze mírné pochybnosti

4: Zcela přesvědčen/a, že jsou reálné

V12. Interakce s vizuálními halucinacemi

Lidé se často přistihnou u toho, jak reagují na obrazy, které vidí. Například na ně sahají nebo před nimi uhýbají. Jak často se Vám se stává, že reagujete na obrazy, které vidíte?

Příklady otázek:

Už jste někdy sáhl/a na obrazy a vize, které jste viděl/a?

Nebo se pohnul/a směrem od nich pryč?

Když vidíte osoby, mluvíte s nimi?

Nebo jim připravíte jídlo nebo pití?

Pokud ano: Stalo se Vám to v posledních sedmi dnech?

0: Nikdy neproběhla interakce

1: Jednou nebo jen několikrát

2: Pouze když jsou silné, obvykle ne

3: Někdy, ale ne vždy

4: Většinou ano

5: Vždy

V13. Vyhovění příkazům vizuálních halucinací

Navádějí Vás obrazy, které vidíte, k tomu, abyste něco udělal/a? Pokud ano, vyhovíte jim?

Příklady otázek:

Dostal/a jste nějaký příkaz v posledních sedmi dnech?

Pokud ano: Poslechnete někdy tyto příkazy?

Pokud ano: Poslechnete všechny příkazy, i když jsou nebezpečné?

Pokud ne: Poslechnete někdy nebezpečné příkazy?

Pokud ne: Poslechnete pouze neškodné příkazy?

Pokud ne: Poslechnete někdy neškodné příkazy?

0: Nikdy nedostává příkazy od obrazů

1: Dostává příkazy, ale neposlouchá je

2: Někdy poslechně neškodný příkaz (např. vyčistit si zuby)

3: Vždy uposlechně neškodný příkaz, ale nikdy ne nebezpečný

4: Někdy poslechně nebezpečné příkazy (např. skočit ze schodů)

5: Poslechne každý příkaz, i nebezpečný

V14. Přechodné halucinace

Stalo se Vám v posledních sedmi dnech, že jste viděl/a procházet osobu nebo zvíře, které zmizelo, když jste se podíval/a pozorněji?

Pokud ano: Jak často se to stává?

Zažil/a jste to během týdne jednou, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

Pokud ne: Zažil/a jste to někdy v minulosti?

Zažil/a jste to v posledním měsíci?

(Možno zvolil jednu odpověď)

A: Nikdy nezažil/a

B: Méně než jednou za měsíc

C: Alespoň jednou za měsíc

D: Alespoň jednou za týden

E: Alespoň jednou za den

F: Alespoň jednou za hodinu

G: (Téměř) neustále

V15. Vizuální iluze

Lidé někdy zahlédnou prchavé obrazy, například tvář v koruně stromu. Nebo vidí zvíře ve vzorku na koberci nebo tapetě. Stalo se Vám to někdy?

Pokud ano: Jak často se to stává?

Zažil/a jste to během týdne jednou, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

Zažil/a jste to v posledním měsíci?

0: Nikdy nezažil/a prchavé obrazy

1: Méně než jednou za měsíc

2: Alespoň jednou za měsíc

3: Alespoň jednou za týden

4: Alespoň jednou za den

5: Alespoň jednou za hodinu

ČÁST O. HALUCINACE JINÝCH MODALIT

Ted' se Vás budu ptát na Vaše vjemové zážitky z jiných smyslů, jako je čich nebo hmatové vnímání.

O1. Taktilní halucinace

*** a. Lidé mají někdy pocit, jako by se jich někdo dotýkal, nebo cítí ruku na svém rameni, přestože kolem nich nikdo není. Dalším příkladem by mohly být pocity lechtání nebo štípání, jako by je způsobovali malí tvorové pod kůží. Zažil/a jste někdy něco takového?**

Pokud ano: Jak často jste něco takového vnímal/a?

Zažil/a jste něco takového jednou za týden, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

Zažil/a jste to v posledním měsíci?

*Pokud ano: Jak často jste něco takového vnímal/a?
Zažil/a jste něco takového jednou za týden, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?*

Zažil/a jste to v posledním měsíci?

0: Ne (> pak pokračujte otázkou O3)

1: Ano

(Pokud ano)

b. Zažil/a jste to v posledním týdnu?

0: Méně často než jednou za měsíc

1: Alespoň jednou za měsíc

2: Alespoň jednou za týden

3: Alespoň jednou za den

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

pokud alespoň 1x za týden, jinak pokračujte O3

O2. Popis taktilních halucinací

a. Jaký druh vjemů cítíte? Pokud Vám to není nepříjemné, mohl/a byste uvést příklad?

.....

.....

.....

Odkdy máte tyto prožitky? V kolika letech začaly?

.....

.....

.....

.....

c. U některých lidí se tyto vjemy vztahují k nepříjemným zážitkům z jejich minulosti. Je tomu tak i u Vás?

Ano/Ne

03. Čichové halucinace

*** a. Lidé občas cítí ve vzduchu něco, co není přítomné. Například mohou cítit kouř, ale přitom kolem nich žádný oheň není. Nebo někdo cítí květiny, žádné však v jeho okolí nejsou. Zažil/a jste někdy něco takového?**

Pokud ano: Jak často jste něco takového cítil/a?

Zažil/a jste něco takového jednou za týden, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

Zažil/a jste něco takového v posledním měsíci?

0: Ne (> pokračujte otázkou O5)

1: Ano

(Pokud ano)

zažil/a jste to v posledním týdnu?

0: Méně často než jednou za měsíc

1: Alespoň jednou za měsíc

2: Alespoň jednou za týden

3: Alespoň jednou za den

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

pokud alespoň 1x týdně, jinak O5

04. Popis čichových halucinací

a. Jaký typ věcí cítíte? Pokud Vám to není nepříjemné, můžete uvést příklad?

.....

.....

.....
.....
b. Odkdy vnímáte tyto vůně/zápachy? V kolika letech to začalo?

.....
.....
.....
.....
.....

c. U některých lidí tyto vůně nějak souvisí s nepříjemnými zážitky z jejich minulosti. Je tomu tak i u Vás?

Ano / Ne

05. Multimodální halucinace

Lidé občas slyší a vidí věci, které ostatní lidé nevidí a neslyší, a to obojí zároveň. Mohou například vidět osobu, která na ně zároveň promlouvá. Nebo cítí něco či někoho, jak se jich dotýká, a přitom tu osobu či věc zároveň vidí. Zažil/a jste někdy něco takového?

- A: Nikdy neměl/a kombinované halucinace ve více než jedné smyslové modalitě
B: Zvuk spolu se zrakem
C: Zvuk spolu s hmatem
D: Zvuk spolu s čichem
E: Zrak spolu s hmatem
F: Zrak spolu s čichem

06. Vnímání přítomnosti

*** Měl/a jste někdy pocit, že byl někdo nebo něco s Vámi, aniž byste ho nebo to viděl/a?**

Příklady otázek:

Třeba člověk stojící za Vámi, kterého jste nemohl/a slyšet, vidět ani se ho dotknout?

Pokud ano: Jak často jste měl/a tento pocit?

Zažil/a jste to jednou za týden, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

Zažil/a jste to v posledním měsíci?

0: Nikdy nezažil/a vnímanou přítomnost.

1: Méně než jednou týdně

- 2: Alespoň jednou týdně
 - 3: Alespoň jednou denně
 - 4: Alespoň jednou za hodinu
 - 5: (Téměř) neustále
-

ČÁST D: BLUDY

Ted' Vám budu pokládat otázky ohledně zážitků, které jsou pro některé lidi znepokojující. Ne všechny otázky se Vás budou týkat.

Pro ověření toho, zda je přesvědčení skutečně bludem, můžete následovat tato základní kritéria: přesvědčení je téměř jistě nepravdivé a není sdílené dalšími lidmi. Bludy vždy stojí u dotazovaného v centru dění a velmi často o nich přemýšlí.

Pokud je možné zvolit více než jednu odpověď, vyberte tu s nejvyšším skórem.

D1. Paranoidní bludy

*** a. Měl/a jste někdy pocit, že s Vámi mají ostatní lidé špatné záměry? Například pocit, že na Vás druzí dívají, povídají si o Vás, nebo Vám dokonce chtějí ublížit?**

Příklady otázek:

Nebo jste si myslel/a, že některým lidem nelze důvěřovat?

Nebo že jste byl/a podveden/a?

Ne (> D2) / Ano

(Pokud ano)

b. Zažil/a jste něco takového v posledním týdnu?

Ne / Ano

c. Jak silně jste byl/a, v posledních sedmi dnech přesvědčen/a, že (doplňte blud) se skutečně děje?

Příklady otázek:

Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažovala jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

pokud 4-5, jinak pokračujte na D2

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

0: Vůbec

1: Méně než jednou za týden

2: Jednou nebo několikrát za týden

- 3: Alespoň jednou denně
- 4: Alespoň jednou za hodinu
- 5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se trochu nebo velmi nepříjemně nebo depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

- 0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují
- 1: Nejisté, možná mírné potíže
- 2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování
- 3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity
- 4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity
- 5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

- 0: Žádný vliv na běžné aktivity
- 1: Narušují několik specifických činností, ale většina neovlivněna
- 2: Narušují několik aktivit
- 3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)
- 4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí
- 5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace.

Poznámky k paranoidním bludům

D2. Bludy vztahovačnosti

*** a. Měl/a jste někdy pocit, že věci kolem Vás mají zvláštní význam vztahující se jenom k Vám? Například určité zprávy v televizi nebo v novinách?**

Příklady otázek:

Jsou některé zprávy v televizi, časopisoch či novinách určené speciálně pro Vás?

Jsou některé billboardy určené speciálně pro Vás?

Ne / Ano

(Pokud ano)

b. Zažil/a jste něco takového v posledním týdnu?

Ne (> D3) / Ano

c. Jak silně jste během posledního týdne věřil/a tomu, že se to (doplňte blud) skutečně dělo?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

pokud 4-5, jinak > D3

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

0: Vůbec

1: Méně než jednou za týden

2: Jednou nebo několikrát za týden

3: Alespoň jednou denně

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se trochu nebo velmi nepříjemně nebo depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují

1: Nejisté, možná mírné potíže

2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování

3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

0: Žádný vliv na běžné aktivity

1: Narušují několik specifických činností, ale většina neovlivněna

- 2: Narušují několik aktivit
- 3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)
- 4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí
- 5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace.

Poznámky k bludům vztahovačnosti

D3. Autoakuzační bludy

*** a. Napadlo Vás někdy, že můžete za nějaké špatné věci, které se staly? Měl/a jste pocit, že byste měl/a být za něco potrestán/a? Myslíte si jiní lidé taky, že byste za to měl/a být potrestán/a?**

Ne / Ano

(Pokud ano)

b. Napadaly Vás takové myšlenky v posledních sedmi dnech?

Ne / Ano

c. Jak silně jste byl/a, v posledních sedmi dnech, přesvědčen/a, že (doplňte blud)?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

pokud 4-5, jinak pokračujte na D4

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

0: Vůbec

1: Méně než jednou za týden

2: Jednou nebo několikrát za týden

3: Alespoň jednou denně

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se trochu nebo velmi nepříjemně a depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují

1: Nejisté, možná mírné potíže

2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování

3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

0: Žádný vliv na běžné aktivity

1: Narušují několik specifických činností, ale většina neovlivněna

2: Narušují několik aktivit

3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)

4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí

5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace.

Poznámky k autokauzačním bludům

D4. Bludy ovládání

*** a. Měl/a jste někdy pocit, že Vaše myšlenka nebo čin nejsou Vaše? Jakoby jste byl/a ovládán/a někým jiným?**

Příklad otázek: Měl/a jste pocit, že někdo jiný Vás přiměl něco říct nebo udělat?

Ne / Ano

(pokud ano)

b. Zažil/a jste takový pocit někdy v posledních sedmi dnech?

Ne / Ano

c. Jak silně jste během posledního týdne věřil/a tomu, že se to (doplňte blud) skutečně děje?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo

zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

Pokud 4-5, jinak pokračovat na D5

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

0: Vůbec

1: Méně než jednou za týden

2: Jednou nebo několikrát za týden

3: Alespoň jednou denně

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se trochu nebo velmi nepříjemně a depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují

1: Nejisté, možná mírné potíže

2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování

3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

0: Žádný vliv na běžné aktivity

1: Narušují několik určitých činností, ale většina neovlivněna

2: Narušují několik aktivit

3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)

4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí

5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná

hospitalizace.

Poznámky k bludům ovládní

D5. Religiózní bludy

*** a. Byl/a jste někdy přesvědčen/a, že jste byl/a Bohem vybrán/a k nějakému výjimečnému úkolu v životě? Myslel/a jste si někdy, že jste bůh, ďábel, anděl nebo svatý?**

Příklady otázek:

Jste věřící? Pokud Vám to není nepříjemné, mohl/a byste mi o tom něco říct?

Jste v přímém kontaktu s Bohem? Mluví s Vámi bůh nebo ďábel osobně?

Liší se nějak Vaše náboženské přesvědčení nebo prožitky od ostatních lidí Vašeho vyznání?

Měl/a jste někdy náboženské zážitky, které lidé Vaše vyznání nikdy nezažili?

Ne / Ano

(Pokud ano)

b. Měl/a jste takové prožitky také v posledních sedmi dnech?

Ne / Ano

c. Jak silně jste během posledního týdne věřil/a tomu, že se to (doplňte blud) skutečně děje?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ačkoliv i alternativní vysvětlení by mohla být možná

4: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

Pokud 4-5, jinak pokračovat na D6

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

Pokud ano:

Jak často jste na to myslel/a?

Myslel/a jste na to jednou týdně, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

- 0: Vůbec
- 1: Méně než jednou za týden
- 2: Jednou nebo několikrát za týden
- 3: Alespoň jednou denně
- 4: Alespoň jednou za hodinu
- 5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se trochu nebo velmi nepříjemně a depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

- 0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují
- 1: Nejisté, možná mírné potíže
- 2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování
- 3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní po
- 4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity
- 5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

- 0: Žádný vliv na běžné aktivity
- 1: Žádný vliv na běžné aktivity
- 2: Narušují několik aktivit
- 3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)
- 4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí
- 5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace.

Poznámky k religiozním bludům

D6. Grandiózní bludy

*** a. Myslel/a jste si někdy, že máte schopnosti nebo síly, které nikdo jiný nemá?**

Příklady otázek: Myslel/a jste si někdy, že dosáhnete v životě významných věcí?

Je něco významného nebo velkého, čeho byste skutečně chtěl/a v životě dosáhnout?

Pokud ano, jak toho chcete dosáhnout?

Ne / Ano

(Pokud ano)

b. Myslel/a jste si něco takového také během posledního týdne?

Ne / Ano

c. Jak silně jste během posledního týdne věřil/a tomu, že se to (doplňte blud) skutečně dělo?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa ve skutečnosti neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

0: Vůbec

1: Méně než jednou za týden

2: Jednou nebo několikrát za týden

3: Alespoň jednou denně

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste trochu anebo velmi velmi nepříjemně a depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují

1: Nejisté, možná mírné potíže

2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování

3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

0: Žádný vliv na běžné aktivity

1: Narušují několik specifických činností, ale většina neovlivněna

2: Narušují několik aktivit

3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)

4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí

5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace

Poznámky ke grandiózním bludům

D7. Somatické bludy

*** a. Myslel/a jste si někdy, že je něco špatně s Vaším tělem, přitom Vám doktoři a další lidé říkali, že to tak není?**

Příklady otázek:

Byl/a jste si jist/a, že Vám byl do těla implantován nějaký přístroj, zatímco doktoři říkali, že to tak není?

Nebo jste byl/a přesvědčena, že jste těhotná, zatímco testy ukazovaly, že to není pravda?

Nebo jste si myslel/a, že máte v sobě parazita, ale doktoři to vyloučili?

Nebo jste byl/a přesvědčen/a, že nějaký Váš orgán je příliš velký nebo příliš malý?

Ne / Ano

(Pokud ano)

b. Zažil/a jste něco takového během posledního týdne?

Ne / Ano

c. Jak silně jste během posledního týdne věřil/a tomu, že se to (doplňte blud) skutečně děje?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Myslí si, že by (blud) mohl být pravdivý, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

- 0: Vůbec
- 1: Méně než jednou za týden
- 2: Jednou nebo několikrát za týden
- 3: Alespoň jednou za den
- 4: Alespoň jednou za hodinu
- 5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Vyvolávaly ve Vás tyto myšlenky úzkost, depresi nebo nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim trochu nebo velmi nepříjemně a v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim velmi úzkostně a depresivně?

- 0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují
- 1: Nejisté, možná mírné potíže
- 2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování
- 3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity
- 4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity
- 5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

- 0: Žádný vliv na běžné aktivity
- 1: Narušují několik specifických činností, ale většina neovlivněna
- 2: Narušují několik aktivit
- 3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)
- 4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí
- 5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace.

Poznámky k somatickým bludům

D8. Nihilistický blud (Cotardův syndrom)

*** a. Měl/a jste někdy pocit, že vlastně neexistujete? Měl/a jste někdy pocit, že už jste možná po smrti?**

Příklady otázek:

Měl/a jste někdy pocit, že část Vaše těla je už mrtvá?

Nebo jste měl/a pocit, že svět už neexistuje?

Ne / Ano

(Pokud ano)

b. Měl/a jste takový pocit v posledních sedmi dnech?

Ne / Ano

c. Jak silně jste byl/a, v posledních sedmi dnech, přesvědčen/a, že (doplňte blud) se skutečně děje?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

0: Vůbec

1: Méně než jednou za týden

2: Jednou nebo několikrát za týden

3: Alespoň jednou denně

4: Alespoň jednou za hodinu

5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se trochu nebo velmi nepříjemně a depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují

1: Nejisté, možná mírné potíže

2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování

3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity

5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

- 0: Žádný vliv na běžné aktivity
- 1: Narušují několik specifických činností, ale většina neovlivněna
- 2: Narušují několik aktivit
- 3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)
- 4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí
- 5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace

Poznámky k nihilistickému bludu

D9. Bludy misidentifikace (Capgrasův syndrom)

*** a. Měl/a jste někdy pocit nebo Vás napadalo, že někdo Vám blízký není tím, za koho se vydává? Nebo že byl tento člověk nahrazený nějakým podvodníkem?**

Příklad otázek:

Například Váš partner nebo člen rodiny?

Měl/a jste pocit, že byl Váš partner někým jiným?

Ne / Ano

(Pokud ano)

b. Zažil/a jste něco takového během posledního týdne?

Ne / Ano

c. Jak silně jste během posledního týdne věřil/a tomu, že se to (doplňte blud) skutečně děje?

Příklady otázek: Pochyboval/a jste někdy nad těmito přesvědčeními nebo zvažoval/a jiná vysvětlení?

Jste naprosto (100%) přesvědčen/a, že (doplňte blud) je skutečně pravda?

Při pochybnostech: Pochybujete někdy o svých představách?

Pokud ano: Pochybujete často o (doplňte blud)?

Pokud ne: Pochybujete o (doplňte blud) alespoň trochu?

0: Vlastně tomu nevěří, ví, že představa neodpovídá skutečnosti

1: Mohla by to být pravda, ale velmi o tom pochybuje

2: Myslí si, že to stejně tak může, jako nemusí být pravda

3: Myslí si, že je to pravda, ale připouští alternativní vysvětlení

4: Silně přesvědčen/a, pouze malé pochybnosti

5: Zcela přesvědčen/a, žádné pochybnosti

d. Jak často jste myslel/a na (doplňte blud) v posledním týdnu?

Pokud ano:

Jak často jste na to myslel/a?

Myslel/a jste na to jednou týdně, každý den, každou hodinu nebo téměř neustále?

0: Vůbec

- 1: Méně než jednou za týden
- 2: Jednou nebo několikrát za týden
- 3: Alespoň jednou denně
- 4: Alespoň jednou za hodinu
- 5: (Téměř) neustále

e. Způsobily Vám myšlenky na (doplňte blud) v posledním týdnu nepříjemné pocity?

Pokud ano: Cítil/a jste se kvůli nim nepříjemně, v úzkosti nebo v depresi?

Pokud ano: Cítil/a jste se trochu nebo velmi nepříjemně a depresivně?

Pokud ano: Cítil/a jste silný strach?

- 0: Žádné obtíže, nijak dotazovaného neovlivňují
- 1: Nejisté, možná mírné potíže
- 2: Jisté potíže ano, mohou ovlivnit náladu a chování
- 3: Značné obtíže, občas způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity
- 4: Velké obtíže, často způsobují úzkost, neklid nebo depresivní pocity
- 5: Intenzivní úzkost nebo silná deprese způsobené přesvědčeními

f. Měly během posledního týdne myšlenky na (doplňte blud) vliv na Vaše fungování v každodenním životě?

Příklady otázek: Jsou dny, kdy kvůli těmto myšlenkám raději neopouštíte dům nebo byt?

Ovlivňují Vás při práci nebo studiu?

Myslíte si, že mají vliv na Váš společenský život a Vaše vztahy?

- 0: Žádný vliv na běžné aktivity
- 1: Narušují několik specifických aktivit, ale většina neovlivněna
- 2: Narušují několik aktivit
- 3: Zabraňují většině činností (např. neopouští byt)
- 4: Jsou natolik rušivé, že mohou vést ke křiku nebo rozbíjení věcí
- 5: Způsobují nebezpečné narušení každodenních aktivit. Může být nutná hospitalizace.

Poznámky k bludům misidentifikace

Poznámky

Příloha 5

Škála narušení vlastního jáství

Škála narušení prožívání vlastního jáství

*** ID:**

Nyní se vás budu ptát na otázky, týkající se změn ve vašem vnímání a prožívání. Jedná se o jemné změny, kterých často nemusíme ani zaznamenat. Poprosím vás proto, abyste se vždy v klidu zamyslel/a, zda jste nějaký takový zážitek prožil nebo ne. Tyto změny se mohou objevovat například v důsledku psychického onemocnění, po užití drog anebo někdy i v důsledku stresu či nedostatku spánku.

Otázky se hodnotí na škále od 1 do 5:

1 – nikdy jsem to nezažil/a; 2 – zřídka se mi to stává; 3 – občas se mi to stane; 4 – stává se mi to často; 5 děje se mi to pořád.

1. Vnímání

1.1. Vizuální vnímání

Zdá se vám, že vnímáte věci kolem sebe v poslední době jinak než obvykle?

Může se jednat například o to, že vnímáte barvy kolem sebe intenzivněji nebo že vám předměty kolem vás, které znáte, připadají překvapující a jiné.

Mohl/a jste také zažít, že se vám věci mění před očima nebo že jejich hranice splývají s okolím.

Mohl/a jste mít pocit, že musíte věcem kolem sebe věnovat hodně pozornosti nebo že pro vás mají nějaký zvláštní význam.

Nebo se mohlo jednat o nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

1.1.1 Máte pocit, že věci, na které se díváte, jsou pro vás najednou cizí a neznámé? Vypadají jinak než obvykle? Stává se vám, že pokud něco delší dobu pozorujete, zdá se to být zvláštní nebo překvapivé?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

1.1.2. Zdá se vám, že zrakové vjemy jsou intenzivnější než obvykle? Například, že vnímáte barvy jako sytější, nebo víc vnímáte tvary věcí?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

1.1.3. Stává se vám, že vnímáte mnoho věcí najednou? Například, že si všímáte ve svém okolí různé věci, které byste předtím nezaregistroval/a, nebo si dokonce všímáte všechno co je kolem vás?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

1.1.4. Je toto změněné vizuální vnímání příjemné nebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

1.1.5. Zdá se vám, že tvary nebo obrysy věcí nemají pevnou konturu nebo se vám mění před očima? Nebo, že předměty mohou splývat s prostředím a je pro vás těžké je od něj oddělit?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.1.6.a Máte pocit, že tyto zvláštní vjemy nedokážete kontrolovat?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak tento pocit trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.1.6.b Napadne vás někdy, že by mohly být tyto vjemy způsobené někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.1.7. Stává se vám, že nejste schopni/-na rozlišovat mezi reálnými vjemy a vjemy, které jsou takto změněné?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

- 2: občas
3: často
4: pořád

1.1.8. Zdá se vám, že věci, které vidíte, se pohybují rychleji nebo pomaleji než obvykle?

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
Věci se hýbou pomaleji než obvykle					
Věci se hýbou rychleji než obvykle					

1.1.9. Dá se říct, že to jak vidíte věci poslední dobou, se liší od toho, jak je vídáte běžně, ale je pro vás obtížné tyto zkušenosti popsat?

Ano
Ne

1.1.10. Zdá se vám že, musíte věnovat pozornost maličkostem? Přijde vám, že jsou důležité a mají nějaký zvláštní význam?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
1: zřídka
2: občas
3: často
4: pořád

Poznámky a komentáře:

1.2. Sociální vnímání

*** Stalo se vám v poslední době, že byste vnímal/a lidi okolo sebe jinak než obvykle?**

*Můžete pozorovat, že věnujete lidem okolo vás zvýšenou pozornost.
Mohl/a jste také zažít, že by pro vás vnímání lidí bylo intenzivnější než dříve nebo že byste měl/a pocit, že obrysy lidí nemají pevnou konturu a splývají s prostředím.
Nebo vám lidé o okolo vás připadali zvláštní, jiní nebo překvapiví.
Nebo se mohlo jednat o nějaké jiné změny.*

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

1.2.1. Máte pocit, že lidé kolem vás vypadají jinak než obvykle? Například, že když se na někoho díváte delší dobu, všimnete si na něm něčeho nového nebo překvapivého?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.2.2. Vnímáte druhé lidi intenzivněji než dříve?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.2.3. Je vám toto změněné vizuální vnímání druhých lidí příjemné anebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

**1.2.4. Zdá se vám, jakoby těla lidí neměla pevnou konturu, jakoby jejich hranice nebyly pevné? Např., že byste měl/a pocit, že jejich těla splývají s prostředím?
Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?**

0: nikdy nazažil/a
1: zřídka
2: občas
3: často
4: pořád

**1.2.5. a Máte pocit, že tyto vjemy nedokážete kontrolovat?
Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?**

0: nikdy nezažil/a
1: zřídka
2: občas
3: často
4: pořád

**1.2.5 b Napadne vás někdy, že by mohli být tyto vjemy ovlivněny někým jiným?
Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?
Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?**

0: nikdy nezažil/a
1: zřídka
2: občas

3: často
4: pořád

1.2.6. Stává se vám, že nejste schopen/-na rozlišovat mezi reálními vjemy a vjemy, které jsou takto pozměněné?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a
1: zřídka
2: občas
3: často
4: pořád

1.2.7. Změnilo se vaše vnímání pohybu druhých lidí? Například, že se vám jeví statictí, nebo naopak víc v pohybu

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
Vnímám lidi kolem sebe jako více statické					
Vnímám lidi kolem sebe jako více v pohybu než dříve					

1.2.8. Dá se říct, že vnímáte lidi jinak než obvykle, ale je pro vás obtížné své zkušenosti popsat?

Ano
Ne

1.2.9. Máte pocit, že věnujete zvýšenou pozornost lidem kolem sebe? Zdá se vám, že jsou všichni důležití a že mají pro vás nějaký zvláštní význam?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a
1: zřídka
2: občas

3: často

4: pořád

Poznámky a komentáře:

1.3. Sluchové vnímání

*** Zažil/a jste v poslední době, že by se změnilo to, jak vnímáte zvuky okolo sebe?**

Může se vám například stát, že si nejste jistý/á, zda jste nějaký zvuk reálně slyšel/a nebo ne.

Možná vám zvuky přišly hlasitější, intenzivnější nebo rušivější.

Nebo pro vás byly okolní zvuky a hlasy chaotické nebo útržkovité.

Můžete také zažívat nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

1.3.1. Připadají vám lidské hlasy nebo jiné zvuky cizí a neznámé? Zdá se vám, že když je posloucháte delší dobu, jeví se vám jako nové a překvapivé?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.3.2. Jsou zvuky intenzivnější než obvykle? Máte pocit, že vnímáte mnoho zvuků najednou? Stává se vám například, že se vám zvuky zdají příliš hlasité, nebo že vás

ruší různé zvuky, které vám předtím nevadili?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.3.3. Je vám toto změněné vnímání zvuků příjemné nebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

1.3.4. Přijdou vám okolní hlasy a zvuky chaotické? Máte pocit, že je vnímáte pouze útržkovitě?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.3.5. a Máte pocit, že nad tímto změněným vnímáním zvuků nebo hlasů nemáte kontrolu?

Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.3.5 b Když o těchto zvucích nebo hlasech přemýšlíte, napadne vás někdy, že by mohli být způsobeny nebo ovlivněny někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.3.6. Když slyšíte nějaký zvuk nebo hlas, stává se vám, že nedokážete rozlišit zda je skutečný? Někdy mohou mít lidé například pochybnosti, zda se jim něco jen zdálo nebo to skutečně slyšeli. Zažili jste v posledním týdnu něco podobného?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.3.7. Stává se vám, že slyšíte zvuky přicházet odjinud, než obvykle přichází?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.3.8. Souhlasil/a byste se mnou, když řeknu, že to, jak teď slyšíte zvuky, se liší od toho, jak je slyšíte běžně, zároveň je ale pro vás obtížné tyto zkušenosti popsat?

Ano

Ne

1.3.9. Máte pocit, že musíte věnovat pozornost každému zvuku? Zdá se vám, že všechny zvuky jsou důležité a mají nějaký zvláštní význam?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné prožívání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

Poznámky a komentáře:

1.4. Čichové vnímání

*** Zažil jste v poslední době změny v tom, jak vnímáte pachy a vůně?**

Například, že byste vnímala pachy nebo vůně intenzivněji, že by jich kolem vás bylo hodně najednou?

Možná je pro vás těžké identifikovat konkrétní vůni, možná vnímáte pachové vjemy jako chaotické.

Možná je pro vás těžké odlišit, co reálně cítíte a co ne.

Můžete také zažívat nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

1.4.1. Přijdou vám někdy pachy a vůně cizí a neznámé? Zdá se vám, že když cítíte delší dobu nějaký pach/vůni, začne vám připadat nový a překvapivý?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

1.4.2. Souhlasil byste s tím, že vnímáte pachy a vůně intenzivněji než předtím? Zdá se vám někdy, že vnímáte mnoho pachů/vůní najednou?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

1.4.3. Jsou vám tyto pachy/vůně příjemné nebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

1.4.4. Jsou tyto pachy chaotické a promíchané? Tak, že je pro vás těžké je od sebe odlišit a identifikovat konkrétní vůně a pachy?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

**1.4.5.a Máte pocit, že nemáte nad tímto změněným vnímáním pachů a vůní kontrolu?
Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?**

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.4.5 b Když o těchto vůních přemýšlíte, napadne vás někdy, že by mohli být ovlivněni někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.4.6. Stává se vám, že nejste schopen/-na rozlišit které pachy jsou skutečné a které ne?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak tento pocit trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.4.7. Měl/a jste někdy v posledním týdnu pocit, že pachy/vůně vycházejí z odlišného místa/předmětu, než obvykle vychází?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.4.8. Souhlasil/a byste se mnou, když řeknu, že to, jak cítíte pachy/vůně, se liší od toho, jak je cítíte běžně, ale nedokážete tyto zkušenosti popsat?

Ano

Ne

1.4.9. Je pro vás důležité věnovat pozornost každému pachu/vůni, které cítíte? Jsou pro vás všechny tyto pachy důležité? Mají nějaký zvláštní význam?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

Poznámky a komentáře:

1.5. Vnímání hmatových vjemů a doteků

*** Zdá se vám, že v posledním době vnímáte doteky a hmatové vjemy jinak než obvykle?**

Můžete například zažívat hmatové vjemy intenzivněji než obvykle nebo se jimi cítit zahlcen/a.

Nebo míváte pocit, že se vás někdo dotýká a nejste si jistý/á, zda se to skutečně stalo. Můžete také zažívat nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

1.5.1. Stává se vám, že vám doteky připadají cizí a neznámé? Že když se něčeho dotknete, připadá vám to jako něco neznámého? Zažil/a jste někdy, že když jste se těchto věcí dotýkal delší dobu, prožíval/a jste to jako něco nového a překvapivého? Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.5.2. Dá se říct, že vnímáte dotyky víc intenzivně, než je pro vás běžné? Měl/a jste například někdy pocit, že vnímáte mnoho doteků najednou?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.5.3. Jsou tyto pocity z doteků příjemné nebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

1.5.4. Zažil jste někdy v posledním týdnu pocit, že se vás někdo nebo něco dotklo a bylo pro vás obtížné identifikovat, co to bylo?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho to obvykle trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.5.5 a Máte pocit, že tyto vjemy nedokážete kontrolovat?

Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.5.5 b Napadne vás někdy, že by mohli být tyto vjemy ovlivněny někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

1.5.6. Stává se vám někdy, že nejste schopen/-na rozlišit mezi reálnými vjemy a vjemy nereálnými? Např. že máte pocit, že se vás někdo nebo něco dotýká, nejste si ale jistý, zda to je skutečnost?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho to pak trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

1.5.7. Prožíváte někdy, že doteky přicházejí z jiných zdrojů, než obvykle?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

1.5.8. Souhlasil/a byste se mnou, když řeknu, že to jak zažíváte doteky, se liší od toho, jak jste je zažívali předtím, ale nejste schopni/-na tyto zkušenosti popsat?

Ano

Ne

1.5.9. Lze říct, že teď věnujete hmatovým vjemům větší pozornost? Máte pocit, že sú pro vás tyto vjemy důležité, že mají nějaký speciální význam?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

Poznámky a komentáře:

2. Tělesné zážitky a pohyby těla

*** Zažil/a jste v poslední době nějaké změny v tom, jak vnímáte své tělo a jeho pohyby?**

Můžou vám například vaše prožitky těla a pohyby připadat intenzivnější.

Nebo se vám stává, že máte pocit, že vaše tělo splývá s okolním prostředím, předměty nebo lidmi.

Můžete mít také pocit, že jsou vaše pohyby v poslední době přerušované nebo třeba zpožděné.

Můžete také zažívat nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

2.1. Stává se vám, že vám vaše pohyby a tělesné zážitky připadají cizí a neznámé? Že, když se hýbete delší dobu, jeví se to jako něco nového nebo překvapivého nebo umělého?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

2.2. Řekl/a byste, že jste si více vědom/a pohybů a doteků svého těla? Případně, že vaše pohyby a tělesné prožitky jsou intenzivnější než obvykle?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

2.3. Tyto pohyby a dotyky jsou vám příjemné nebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

2.4. Míváte pocit, že hranice vašeho těla... (prosím označte vyhovující variantu).

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
Mohou splývat s prostředím					
Mohou splývat s jinými objekty					
Mohou splývat s jinými lidmi					

2.5. Řekl/a byste, že jsou vaše pohyby a tělesné prožitky...(prosím označte vyhovující variantu)

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
pomalejší					
rychlejší					
přerušované					
zpožděné					
roztříštěné					

2.6. a Máte pocit, že tyto vjemy nedokážete kontrolovat?

Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

2.6. b Napadne vás někdy, že by mohli být tyto vjemy ovlivněny někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

2.7. Souhlasil/a byste se mnou, že to jak zažíváte pohyby svého těla a jiné tělesné prožitky se liší, od toho, jak je zažíváte běžně, ale nejste schopen/a je konkrétně popsat?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

2.8. Lze říct, že věnujete svým pohybům a tělesným prožitkům větší pozornost? Máte pocit, že jsou pro vás tyto vjemy důležité, že mají nějaký speciální význam?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

Poznámky a komentáře:

3. Myšlenky

*** Přijde vám, že jste v poslední době zažil/a změny ve vašem myšlení? Že se změnil způsob jak přemýšlíte nebo že vaše myšlenky jsou jiné?**

Možná jsou vaše myšlenky intenzivnější než obvykle, možná se jimi cítíte pohlcen/a.

Nebo zažíváte, že vaše myšlení je chaotické a nestrukturované?

Můžete se vám zdát, že je vaše myšlení přerušované nebo výrazně pomalejší či rychlejší.

Můžete také zažívat nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

3.1. Stává se vám že vaše myšlenky a způsob, jakým přemýšlíte, vám připadají cizí a neznámé? Že, když začnete rozvíjet nějaké nápady, jeví se jako něco nového nebo překvapivého?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

3.2. Stává se vám, že jsou vaše myšlenky intenzivnější než obvykle? Že jste nimi pohlcen/a?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

3.3. Vaše myšlenky jsou emocionálně příjemné nebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

3.4. Řekl/a byste, že vaše myšlenkové procesy jsou nekonzistentní, nestrukturované nebo chaotické?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

3.5. V porovnání s obvyklým stavem jsou vaše myšlenkové procesy..?

Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
pomalejší					
rychlejší					
přerušované					
zpožděné					

3.6. a Máte pocit, že tyto vjemy nedokážete kontrolovat?

Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?

- 0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

3.6. b Napadne vás někdy, že by mohli být tyto vjemy ovlivněny někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

3.7. Souhlasil/a byste se mnou, že to jak zažíváte své myšlenky, se liší, od toho, jak je zažíváte běžně, ale nejste schopen/a je konkrétně popsat?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

3.8. Lze říct, že věnujete svým myšlenkám větší pozornost? Máte pocit, že jsou pro vás tyto vjemy důležité, že mají nějaký speciální význam?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

Poznámky a komentáře:

4. Řeč

*** Zažíváte v poslední době změny ve vaší řeči? V tom jak mluvíte?**

Například často zažíváte, že je pro vás těžké se vyjádřit, vaše řeč vám přijde chaotická.

Nebo máte pocit, že svou řeč nemůžete kontrolovat, nemáte na ni vliv.

Vaše řeč také může být intenzivnější nebo hlasitější.

Můžete také zažívat nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

4.1. Stává se vám, že způsob jakým mluvíte, vám připadá cizí a neznámý? Že, když začnete tvořit větu, jeví se jako něco nového nebo překvapivého?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

4.2. Máte pocit, že je vaše řeč intenzivnější než obvykle? Že je hlasitější a výraznější?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

- 2: občas
3: často
4: pořád

4.3. Když mluvíte, je to pro vás emocionálně...

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

4.4. Řekl/a byste, že vaše řeč je nekonzistentní, nestrukturovaná nebo chaotická? Je pro vás těžké se vyjádřit?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
1: zřídka
2: občas
3: často
4: pořád

4.5. V porovnání s vaší běžnou řečí byste ji popsal jako....

Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
pomalejší					
rychlejší					
přerušovaná					
zpožděná					

4.6. a Máte pocit, že tyto vjemy nedokážete kontrolovat?

Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
1: zřídka

- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

4.6. b Napadne vás někdy, že by mohli být tyto vjemy ovlivněny někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

4.7. Souhlasil/a byste se mnou, že to jak zažíváte svou řeč, se liší, od toho, jak ji zažíváte běžně, ale nejste schopni/a ji konkrétně popsat?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

4.8. Lze říct, že věnujete svému mluvení větší pozornost? Máte pocit, že jsou pro vás tyto vjemy důležité, že mají nějaký speciální význam?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

Poznámky a komentáře:

5. Vzpomínky

*** Máte pocit, že v poslední době zažíváte změny v tom, jak si vybavujete vzpomínky? Že jsou vaše vzpomínky jiné?**

Například můžete vnímat vzpomínání intenzivněji než obvykle.

Nebo je pro vás těžší popsat své vzpomínky slovy.

Možná je pro vás hodně náročné přemýšlet o minulosti nebo budoucnosti.

Můžete také zažívat nějaké jiné změny.

Ano

Ne

*** Zažil jste popisované změny někdy dříve? Jak konkrétně probíhaly?**

0: v minulosti nezažil/a

1: Jednorázový zážitek (vyvolaný například psychoaktivními látkami)

2: Popisované zážitky jsou na hraně jednorázových a psychotických

3: Dlouhodobější proces změn, který předcházel psychotické atace

Doplňte prosím odpověď:

5.1. Stává se vám, že vám vaše vzpomínky připadají cizí a neznámé? Že, když začnete na něco vzpomínat, jeví se to jako něco nového nebo překvapivého?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

5.2. Stává se vám, že když se vám něco vybaví, je to pro vás intenzivní zážitek? Intenzivnější než obvykle?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

5.3. Vzpomínky, které vám přijdou na mysl, jsou příjemné nebo nepříjemné?

	1: nikdy nezažil/a	2: zřídka	3: občas	4: často	5: pořád
Příjemné					
Nepříjemné					

5.4. Řekl/a byste, že vaše vzpomínky bývají zmatené až chaotické? Že je pro vás těžké je popsat slovy?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

5.5. Stává se vám, že, když si chcete něco vybavit, je to pro vás obtížné?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

- 0: nikdy nezažil/a
- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

5.6. a Máte pocit, že tyto vjemy nedokážete kontrolovat?

Pokud ano: Jak často se vám to děje? Jak dlouho pak tento pocit ztráty kontroly trvá?

- 0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

5.6. b Napadne vás někdy, že by mohli být tyto vjemy ovlivněny někým jiným?

Pokud ano: Jste o tom přesvědčen/a?

Pokud ne: Jak často vás to napadne? Jak dlouho pak trvá toto přesvědčení?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

5.7. Souhlasil/a byste se mnou, že to jak si vybavujete své vzpomínky, se liší, od toho, jak si je vybavujete běžně, ale nejste schopni/a to konkrétně popsat?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

5.8. Stává se vám, že nedokážete začít rychle přemýšlet o minulosti/budoucnosti?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

- 1: zřídka
- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

5.9. Lze říct, že je pro vás ve vzpomínkách vše důležité? Že vše má nějaký mimořádný význam?

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

Komentáře a poznámky

6. Vnímání času a prostoru

6.1. Zdá se vám, že čas plyne rychleji nebo pomaleji než obvykle? Nebo, že čas zcela vymizel?

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
plyne pomaleji					
plyne rychleji					
vnímání plynutí času vymizelo					

6.2. Změnilo se to jak vnímáte prostor? Máte například někdy pocit, že se prostor rozpíná, zmenšuje anebo jinak mění

	nikdy nezažil/a	zřídka	občas	často	pořád
rozpíná se					
zmenšuje se					
mění se					

Poznámky a komentáře:

7. Jinde nespécifikované obecné zkušenosti

* 7.1.a Jak jste na tom poslední dobou s energií? Máte pocit, že jí máte nadbytek?

Stává se vám například, že toho zvládnete víc než běžně, stačí vám méně spánku, máte potřebu pořád něco dělat?

Je to rozdíl oproti tomu, jak se cítíte běžně? Cítíte s v tomto období vždycky takto?

0: Běžná úroveň energie, přiměřená věku a ročnímu období

1: V poslední době o něco více energie

2: Velký nárůst energie v poslední době

3: Neustále prožívaný nadbytek energie ovlivňující každodenní aktivity

* 7.1.b Zažíváte v poslední době nedostatek energie?

Například se snadněji unavíte, už po probuzení se cítíte vyčerpaně, je pro vás náročné zvládat i základní povinnosti, potřebujete více spánku a odpočinku než dříve

0: Běžná úroveň energie, přiměřená věku a ročnímu období

1: V poslední době zaznamenaný pokles energie

2: Velký pokles energie v poslední době

3: Neustále prožívané vyčerpání ovlivňující každodenní aktivity

*** 7.2. Jak jste na tom v poslední době s pozorností? Např. když s někým mluvíte, je pro vás někdy těžké sledovat rozhovor? Nebo když čtete knihu, sledujete film- dokážete tomu věnovat plnou pozornost a vydržet u toho? Stane se vám někdy, že něco čtete nebo na něco se díváte a pak zjistíte, že vůbec nevíte o čem to bylo? Jsou tyto problémy se soustředěním něco, co jste předtím neznal/a?**

0: beze změny

1: Občas je těžké se na nějakou konkrétní činnost soustředit (a dříve to tak nebývalo)

2: Soustředění je v poslední době celkově náročnější než obvykle

3: Soustředit se na nějakou činnost je v poslední době velmi náročné

*** 7.3. Je pro vás těžké začít něco dělat? Bylo pro vás například někdy náročné, začít se pohybovat, mluvit nebo začít nad něčím přemýšlet?**

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

*** 7.4. Zdá se vám někdy, že jste jen pozorovatelem vjemů, že se na nich sám aktivně nepodílíte? Například, že sám sebe pozorujete jak něco děláte nebo říkáte, ale máte přitom pocit, že nad tím nemáte kontrolu?**

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

*** 7.5. Zažil/a jste v poslední době, že by vám vjem z jednoho smyslu vyvolal vjem smyslu jiného?**

Například něco slyšíte a zároveň něco vidíte (vnímáte hudbu jako obrazy nebo barvy).

Pokud ano: Jak často to zažíváte? Jak dlouho pak toto změněné vnímání trvá?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

2: občas

3: často

4: pořád

*** 7.6. Myslíte si, že popisované prožitky změnili váš přístup k životu?**

Ano

Ne

*** 7.7. Připadá vám, že i zdánlivě náhodné situace a drobné věci mají spolu významný vztah? Že mají ještě nějaký další význam, než by se mohlo na první pohled zdát?**

Pokud ano: Jak často to zažíváte?

0: nikdy nezažil/a

1: zřídka

- 2: občas
- 3: často
- 4: pořád

Poznámky a komentáře:

Na závěr bych se vás chtěl/a zeptat na několik doplňujících otázek. Užili jste v poslední době nějaké psychoaktivní látky, které mohou způsobovat změny v prožívání?

Užíváte pravidelně nebo příležitostně nějaké léky ovlivňující psychiku- např. léky předepsané psychiatrem anebo neurologem? (může se jednat například o léky na spaní nebo na uklidnění)

Jak dlouho už tyto léky užíváte?

Užíváte je denně?

Pokud ne: Užil/a jste tento lék v posledním týdnu? Kdy naposled?

Užili jste za poslední měsíc nějaké drogy?

Jaké?

Kdy to bylo naposled?

Jak často je užíváte?

Máte v poslední době hodně stresu? Jste ve výrazně větším napětí? Máte problémy se spaním?

Zažili jste v poslední době nějakou traumatickou událost? (Například úmrtí v rodině, účast nebo svědectví autonehody atd.)

Zažili jste v poslední době výrazný nedostatek spánku?

Napadají vás ještě nějaké jiné události, které v poslední době výrazně ovlivnili vaši psychiku?

.....

.....

.....

.....